

Informovaný souhlas pacienta/ky s výkonem POUCHOSKOPIE

IDENTIFIKACE PACIENTA/KY:

Jméno:

Příjmení:

Datum narození:

Rodné číslo (je-li přiděleno):

Kód zdravotní pojišťovny:

Adresa místa trvalého pobytu v ČR*:

** pro cizince místo hlášeného pobytu v ČR (v případě, že nemá, adresa bydliště mimo území ČR)*

I. INFORMACE O ÚČELU A POVAZE VÝKONU

Důvodem výkonu je kontrola pouch-anální anastomózy (vytvořeného vaku z kliček tenkého střeva u pacientů po chirurgickém odstranění tlustého střeva). Pouchoskopie je především metoda vyšetřovací (diagnostická). Podle povahy onemocnění může navazovat bezprostřední nebo odložený plánovaný zákrok léčebný.

II. POPIS NAVRHOVANÉHO VÝKONU A PŘEDPOKLÁDANÉHO PROSPĚCHU VÝKONU

Pouchoskopie (endoskopické vyšetření části tenkého střeva) je vyšetření dolní části trávicího ústrojí, tj. části tenkého střeva, ze kterého je utvořen rezervoár pro stolici. Pouchoskopie je metoda určená k diagnostice a/nebo léčbě chorob spojených s vytvořeným pouchem. Ohebný tenký přístroj (endoskop), který je zaveden konečníkem do pouche, umožňuje přímé vizuální zobrazení sliznice, odběr vzorků k dalším vyšetřením, popřípadě léčebný zákrok (např. ošetření krvácení, odstranění abnormální tkáně, zmenšení nádoru, zprůchodnění a/nebo rozšíření zúženého úseku střeva pomocí dilatačních pomůcek, odstranění cizího tělesa apod.).

Výhodou pouchoskopie je přímé zobrazení vytvořeného vaku (pouche), v případě potřeby odebrání vzorků sliznice k dalším vyšetřením a možnost event. léčebného zákroku.

Pravděpodobnost úspěchu pouchoskopie (tj. diagnostický přínos a/nebo léčebný zákrok) je vysoká (více než 95%), prognóza je velmi dobrá (výskyt závažných komplikací je vzácný). Ve zvláštních případech (např. u pacientů s umělou srdeční chlopní) je třeba z bezpečnostních důvodů podat před vyšetřením preventivně antibiotika.

III. RIZIKA VÝKONU

Pouchoskopie je vzácně spojena s rizikem komplikací (časné nebo pozdní krvácení, porušení stěny tenkého střeva).

Riziko krvácivé komplikace zvyšují některé léky (warfarin, heparin, anopyrin, aspirin a některé další). Proto prosím proberte s odesílajícím i vyšetřujícím lékařem všechny léky, které aktuálně užíváte. Některé léky zvyšující riziko krvácení je třeba před vyšetřením přechodně vysadit.

Případné komplikace pouchoskopie jsou zpravidla řešeny endoskopicky, ale mohou si vyžádat i chirurgickou (operační) léčbu.

Název dokumentu: Informovaný souhlas pacienta/ky s výkonem: Pouchoskopie	Typ dokumentu: Informovaný souhlas	Platné od: 1. 1. 2020
IS_GASTRO_10 / MN 10, vyd. 6	Zpracoval: doc. MUDr. Martin Bortlík, PhD.	Uvolnil: prof. MUDr. Milan Lukáš, CSc.
		Stránka 1 z 3

IV. ALTERNATIVY VÝKONU

Pouchoskopie nemá žádnou relevantní (srovnatelnou) alternativu. RTG a CT vyšetření pouče neumožní zobrazení sliznice, odběr biotických vzorků a případný léčebný zákrok.

V. ÚDAJE O MOŽNÉM OMEZENÍ V OBVYKLÉM ZPŮSOBU ŽIVOTA A LÉČEBNÝ REŽIM PO VÝKONU

Pokud jsou nitrožilně podány před nebo v průběhu vyšetření léky (analgosedace), měl by pacient v následujících 24 hodinách dodržovat relativní fyzický klid, dále nesmí 24 hodin po podání analgosedace řídit motorová vozidla, vykonávat činnost vyžadující zvýšenou pozornost a nesmí pít alkoholické nápoje.

Ve vybraných případech si může pouchoskopie vyžádat změny léčebného režimu a preventivních opatření (několikadenní hospitalizace, opakované endoskopické vyšetření a další).

VI. SOUHLAS PACIENTA/KY

Prohlašuji, že jsem lékaře pravdivě informoval/a o svém zdravotním stavu, o všech onemocněních a alergiích, kterými trpím a o jiných významných skutečnostech a zvláštnostech týkajících se mého zdravotního stavu, o kterých vím, a že žádnou skutečnost, na kterou jsem byl/a dotazován/a lékařem při zjišťování zdravotního stavu, nezatajil/a. Prohlašuji, že jsem lékařům nezamlčel/a žádné údaje o svém zdravotním stavu, mně známé, které by mohly nepříznivě ovlivnit moji léčbu nebo ohrozit mé okolí, zejména rozšířením přenosné choroby.

Stvrzuji, že jsem byl/a srozumitelným způsobem lékařem v dostatečném rozsahu informován/a o svém zdravotním stavu a o navrženém individuálním léčebném postupu a navrhovaných zdravotních výkonech, a to i z hlediska posouzení, zda je navrhovaná péče pro mě nezbytná. Stvrzuji, že jsem byl/a kromě všeobecného poučení informován/a i o konkrétních rizicích a nebezpečích navrhovaného zdravotního výkonu spojených s mým individuálním zdravotním stavem.

Stvrzuji, že mi bylo lékařem vysvětleno, že navrhovaným zdravotním výkonem/službou nemusí být zaručeně dosaženo předpokládaného výsledku.

Stvrzuji, že jsem byl/a poučen/a o možnosti vzdát se podání informace o svém zdravotním stavu a možnosti určit osoby podle § 32 a 33 zákona č. 372/2011 Sb., kterým mohou být podány informace o mém zdravotním stavu, mohou nahlížet do zdravotnické dokumentace příp. v zákonem předpokládaném případě udělit souhlas nebo nesouhlas s poskytnutím zdravotních služeb. V případě určení osob podle § 32 a 33 zákona č. 372/2011 je o tom sepsán zvláštní písemný záznam.

Stvrzuji, že mi bylo lékařem, který mi poučení poskytl, umožněno klást otázky a všechny mnou položené otázky mi byly lékařem srozumitelně zodpovězeny a byl/a jsem lékařem poučen/a o svém právu svobodně se rozhodnout, zda udělím souhlas s poskytnutím navržené zdravotní služby/výkonu či nikoli.

Stvrzuji, že jsem všem poskytnutým informacím plně porozuměl/a, nemám žádné další otázky ani nejasnosti. Po obdržení potřebných informací, po zvážení předpokládaného přínosu a všech rizik a nebezpečí pro mé zdraví spojených s navrženým výkonem/službou, vyslovuji souhlas s provedením výše uvedeného navrhovaného zdravotního výkonu/služby (tj. diagnostická pouchoskopie s případným rozšířením na některý z léčebných zákroků uvedených výše) a současně vyslovuji i souhlas s tím, aby byly i bez mého dodatečného souhlasu provedeny další, zde neuvedené zákroky, výkony a poskytnuty další zdravotní služby, bude-li to potřebné pro ochranu mého života či zdraví a nebude-li možné vyžádat si můj další dodatečný souhlas.

Zároveň prohlašuji, že jsem byl/a ošetřujícím lékařem poučen/a o případném pořízení audiovizuálního záznamu průběhu lékařského výkonu, který bude tvořit součást mé zdravotnické dokumentace. Rozumím, že záznam bude pořízen pouze a jedině z těch částí těla, které souvisí s indikovaným zákrokem. Anonymizovaný audiovizuální záznam průběhu lékařského výkonu může být použit pro interní, vědecké a studijní účely a může být poskytovatelem zdravotních služeb prezentován na kongresech, popř. seminářích, či publikován v odborných

Název dokumentu: Informovaný souhlas pacienta/ky s výkonem: Pouchoskopie	Typ dokumentu: Informovaný souhlas	Platné od: 1. 1. 2020
IS_GASTRO_10 / MN 10, vyd.6	Zpracoval: doc. MUDr. Martin Bortlík, PhD.	Uvolnil: prof. MUDr. Milan Lukáš, CSc.
		Stránka 2 z 3

periodikách. V žádné z výše uvedených prezentací záznamu nebudou zveřejňovány osobní údaje, včetně zvláštních kategorií údajů (dříve citlivé údaje) ani další informace, které by vedly k identifikaci mé osoby - pacienta/ky.

Rovněž se zavazuji v případě, že není-li zdravotní výkon/služba v mém případě hrazen z veřejného zdravotního pojištění, uhradit poskytovateli odměnu za provedení zdravotního výkonu/služby dle ceníku, se kterým jsem byl/a seznámen/a.

V případě podezření na komplikaci provedené pouchoskopie, kontaktujte lékaře gastroenterologického centra ISCARE, tel: 234770251

Máte-li jakékoliv doplňující otázky, neostýchejte se zeptat.

V Praze dne:

Podpis pacienta/ky:

VII. PROHLÁŠENÍ LÉKAŘE:

Potvrzuji, že jsem vhodným způsobem poučil pacienta/ku jak je výše uvedeno, zejména jsem jasně a srozumitelně vysvětlil obsah tohoto poučení a seznámil jsem ho/ji s povahou zákroku, jeho riziky a komplikacemi.

Pacient/ka byl/a nad rámec výše uvedeného poučen/a i o rizicích a možných komplikacích zákroku s ohledem na jeho/její zdravotní stav. Tomuto poučení porozuměl/a a měl/a možnost klást lékaři poskytujícímu poučení dotazy, které mu/jí byly srozumitelně zodpovězeny.

V Praze dne:

Jméno, příjmení a podpis lékaře:

Případné záznamy lékaře:

Název dokumentu: Informovaný souhlas pacienta/ky s výkonem: Pouchoskopie	Typ dokumentu: Informovaný souhlas	Platné od: 1. 1. 2020
IS_GASTRO_10 / MN 10, vyd. 6	Zpracoval: doc. MUDr. Martin Bortlík, PhD.	Uvolnil: prof. MUDr. Milan Lukáš, CSc.
		Stránka 3 z 3