

# SOUHLAS S POSKYTNUTÍM ZDRAVOTNÍ SLUŽBY

## Kolonoskopie

### POSKYTOVATEL ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB:

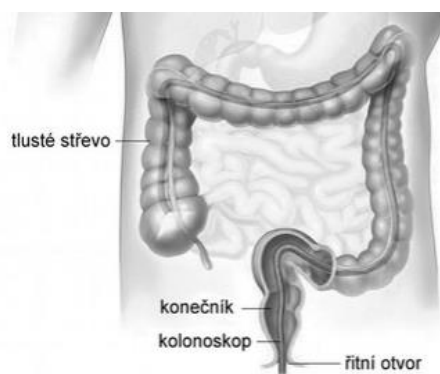
|                         |  |
|-------------------------|--|
| Název poskytovatele     | Centrum zdravotní péče Jirny (provozovatel: INC, a.s.) |
| Adresa poskytovatele    | Tovární 19, 250 90 Jirny                               |
| Odbornost poskytovatele | 105 - Gastroenterologie                                |
| Lékař                   |  |

### PACIENT:

|                        |  |
|------------------------|--|
| Příjmení, jméno, titul |  |
| Rodné číslo            |  |
| Adresa bydliště        |  |

### POPIS ZDRAVOTNÍ SLUŽBY:

Kolonoskopie je vyšetření tlustého střeva kolonoskopem. Na základě Vašich potíží nebo jako preventivní opatření k časnému rozpoznání možných chorobných změn v zažívacím traktu se u Vás doporučuje endoskopie tlustého střeva. Kolonoskopie je nejspolehlivější metoda k určení rozsahu a druhu onemocnění tlustého střeva. Kolonoskop (optický ohebný přístroj) se zasune konečníkem až do míst, kde je ústí tenkého střeva do tlustého. Během vyšetření je k průchodu přístroje a dobré přehlednosti nutné do střeva dle situace a potřeby provádějícího lékaře vpravovat určité množství vzduchu nebo vody. Přímou hodnotíme stav střevní sliznice, můžeme odebírat malé vzorky k upřesnění diagnózy a dle potřeby snášet (odstranit) i polypy.



### INFORMACE O ZDRAVOTNÍ SLUŽBĚ

#### Příprava před výkonem:

Aby mohlo být vyšetření provedeno důkladně, střevo musí být očištěno od stolice, proto dbejte všech doporučení ohledně přípravy ke kolonoskopii, která obdržíte při objednání výkonu. Úspěšnost a spolehlivost vyšetření závisí na kvalitní přípravě (vyprázdnění) střeva.

#### Průběh výkonu:

Před začátkem výkonu Vám bude po domluvě s lékařem do žilního systému podána premedikace (léky na zklidnění a uvolnění střeva). V poloze na levém boku Vám lékař zavede přístroj do konečníku a dále do tlustého střeva, dle možností až do ústí tenkého střeva. Během

výkonu můžete mít nepříjemné pocity v oblasti břicha způsobené zaváděním přístroje a vpravováním vzduchu nebo vody do střeva.

**Po výkonu:**

Po aplikaci injekce by pacient neměl 24 hodin řídit dopravní prostředek. Po některých typech výkonu je možné pacienta hospitalizovat. Výkon se většinou provádí ambulantně, s možností odpočinout si na lůžku nebo křesle. Po výkonu je vhodné zajistit si doprovod. Individuálně upravuje postup po výkonu lékař.

|   |
|---|
| <b>INFORMACE O MOŽNÝCH KOMPLIKACÍCH</b> |
|---|

**Rizika vyšetření:**

Kolonoskopie může vést k některým komplikacím, např. k alergické reakci na podaný lék. V případě léčebných zákroků může dojít k perforaci střeva či krvácení. Tyto komplikace jsou zcela výjimečné, ale mohou vyžadovat akutní léčbu nebo dokonce operaci. Odběr vzorku tkáně a operační odstranění polypů vede pouze k malému krvácení.

Ke snížení rizika většího krvácení nebo alergické reakce, případně jiné komplikace, zodpovězte prosím následující otázky (\* *nehodící se škrtněte*):

|  |     |    |
|--|-----|----|
| Vyskytuje se u Vás nebo u člena Vaší rodiny sklon ke krvácení již při malých poraněních?                           | ANO | NE |
| Užíváte léky na ředění krve (Anopyrin, Warfarin, Godasal, Stacyl, Trombex, Xarelto, Pradaxa). Pokud ano, tak jaké? | ANO | NE |
| Trpíte nějakou alergií? Pokud ano, napište jakou.  | ANO | NE |
| Máte kardiostimulátor, potíže se srdcem nebo astma?  | ANO | NE |
| Máte zelený zákal – glaukom?   | ANO | NE |
| Máte nějaké závažné onemocnění? Pokud ano, jaké?   | ANO | NE |
| Pro ženy – jste právě těhotná?   | ANO | NE |

**V případě komplikací po výkonu (např. krutá bolest v břiše, krvácení z konečníku) kontaktujte nejbližší chirurgické oddělení.**

|                         |
|-------------------------|
| <b>SOUHLAS PACIENTA</b> |
|-------------------------|

Já, níže podepsaný(á), prohlašuji, že jsem byl(a) lékařem srozumitelně informován(a) a poučen(a) o průběhu Kolonoskopie včetně upozornění na možné komplikace. Při poučení jsem měl(a) možnost klást dotazy. Veškeré mé dotazy mi byly zodpovězeny. Poučení jsem porozuměl(a) a na základě poskytnutých informací a po vlastním zvážení souhlasím s provedením tohoto vyšetření – s kolonoskopickým vyšetřením, s odběrem vzorků a s případným léčebným zákrokem.

-----  
datum

-----  
podpis pacienta