

Informovaný souhlas pacienta(tky) s výkonem

Dárcovství stolice k provedení fekální bakterioterapie

Vážená paní, Vážený pane,

vzhledem k tomu, že jako svéprávný jedinec se podílíte významným způsobem na diagnostickém a léčebném postupu navrženém u Vaší osoby, máte nezadatelné právo být před Vaším rozhodnutím o těchto postupech podrobně informován(a).

Na základě Vašeho rozhodnutí jste se stal(a) kandidátem pro dárcovství stolice, která bude využita pro konkrétního pacienta k provedení fekální bakterioterapie (FBT).

Co je to fekální bakterioterapie:

FBT je metoda léčby akutní enteritidy způsobené toxiny *Clostridioides difficile* (CDI). Jedná se o přenos stolice s vitálními mikroorganismy z dárce na příjemce. Princip metody je založen na poznatku, že stolice zdravého dárce je tvořena střevní mikroflórou, která umožní nápravu střevní dysmikrobie u příjemce.

Jaký je důvod (indikace) fekální bakterioterapie:

Tato léčba se používá k léčbě opakovaných infekcí způsobených *C. difficile*, nejčastějším důvodem k použití FBT je 2. recurence, nebo-li 3. ataka onemocnění. Na základě rozhodnutí lékaře se může FBT provést i z jiných příčin, které vedou k závažné střevní dysmikrobii, případně pokud došlo k selhání standartních terapie u závažných forem CDI.

Alternativy výkonu:

Alternativa výkonu není, střevní mikroflóru nelze ničím nahradit.

Jaký je režim pacienta před odběrem stolice:

Dárce je vyšetřen lékařem, vyplní dotazník, který je součástí informovaného souhlasu, jsou provedeny krevní testy: krevní obraz, jaterní testy, funkce ledvin, známky zánětu, hladina cukru, protilátky k vyloučení žloutenek typu B, C, syfilis, HIV infekce. Stolica je vyšetřena na přítomnost bakterií, virů, parazitů a toxinu *C. difficile*. Vyšetření by nemělo být starší více než 4 týdny.

Jaký je postup tohoto výkonu:

Jedná se o běžné vyprázdnění stolice do nádoby, kterou budete vybaven(a). Stolica nesmí být průjmovitá, nesmí obsahovat příměs hlenu či krve. Je potřeba 50 – 100 g stolice, ideální doba před aplikací příjemci je 6 hodin. Stolica je následně zpracována v laboratoři Zdravotního ústavu Ostrava k aplikaci.

Jaké jsou možné komplikace:

Nejsou.

Jaký je režim po výkonu:

Běžný režim.

Abychom snížili riziko komplikací u příjemce: zodpovězte nám prosím, následující otázky:

V případě jakékoliv změny zdravotního stavu okamžitě upozorněte lékaře.

Máte onemocnění zažívacího traktu (ulcerósní kolitidu, M. Crohn, nádory, polypy, divertikly)	ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>
Jste po operaci zažívacího traktu – jestli ano, jaké.	ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>
Máte nadváhu (BMI větší než 30)	ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>
Prodělal(a) jste v posledních 3 měsících průjmové onemocnění	ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>
Užíváte léky ovlivňující imunitu	ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>

Jste léčen(a) pro autoimunní onemocnění (revmatické on., lupus a jiné)	ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>
Prodělal(a) jste poslední měsíc horečnaté onemocnění	ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>
Dostal(a) jste v minulosti transfuzi krve	ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>
Byl(a) jste odmítnut jako dárce krve	ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>
Byl(a) jste v kontaktu s osobou s prokázanou, sexuálně přenosnou nemocí	ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>
Jste uživatel drog	ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>
Měl(a) jste poslední 6 měsíců tetování nebo piercing	ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>
Jste léčen(a) pro sexuálně přenosnou nemoc (HIV, syfilis, kapavka, chlamydiová infekce, genitální herpes ..)	ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>
Cestoval(a) jste posledních 6 měsíců do oblastí se sníženým hygienickým standartem (jižní a východní Středomoří, Afrika, Asie, jižní a střední Amerika)	ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>
Užíval(a) jste poslední 3 měsíce antibiotika	ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>
Prodělává nyní někdo ve Vašem blízkém okolí akutní horečnaté nebo jiné infekční onemocnění	ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>

Identifikační údaje pacienta(tky):

Příjmení:	Jméno:	Titul:	RČ:
-----------	--------	--------	-----

Identifikační údaje zákonného zástupce, opatrovníka:

Příjmení:	Jméno:	Datum narození:
-----------	--------	-----------------

Plánovaný výkon:

Dárcovství stolice k provedení fekální bakterioterapie

Vysvětlující pohovor provedl:

identifikace a podpis lékaře

Prohlašuji, že mi byl náležitě objasněn důvod, předpokládaný prospěch, způsob provedení, následky i možná rizika a komplikace plánovaného výkonu. Dále mi byly vysvětleny možné alternativy včetně jejich komplikací a zdravotní důsledky vyplývající z nepodstoupení plánovaného výkonu. Měl(a) jsem možnost zeptat se lékaře na všechno, co mě ve vztahu k plánované léčbě zajímá a obdržel(a) jsem vysvětlení, kterému jsem porozuměl(a). S podáním výše uvedené léčby souhlasím.

Dále prohlašuji, že jsem pravdivě informoval(a) ošetřujícího lékaře o dosavadním vývoji svého zdravotního stavu, včetně informací o infekčních nemocech, o zdravotních službách poskytovaných jinými poskytovateli, o užívání léčivých přípravků, včetně užívání návykových látek, a dalších skutečnostech podstatných pro poskytování zdravotních služeb a nezatajil(a) jsem žádné okolnosti svého zdravotního stavu, které jsou překážkou v provedení výkonu či mohou být v jakékoli souvislosti se vznikem komplikací.

Bylo mi podáno vysvětlení, že v případě výskytu neočekávaných komplikací vyžadujících neodkladné provedení dalších výkonů nutných k záchraně mého života nebo zdraví, budou tyto výkony provedeny.

V Ostravě dne:

.....
podpis pacienta(tky), zákonného zástupce,
opatrovníka