

## Informovaný souhlas pacienta(tky) s výkonem

### Kapslová endoskopie - enteroskopie

#### **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).

#### **Co je kapslová endoskopie - enteroskopie:**

Váš lékař dospěl k závěru, že byste pro posouzení Vašeho zdravotního stavu měl(a) podstoupit vyšetření nazývané „kapslová endoskopie“. Toto vyšetření vyžaduje požití malé endoskopické kapsle, která přirozeně projde Vaším trávicím traktem a přitom po dobu 12 hodin pořizuje snímky střeva. Lékař následně všechny snímky vyhodnotí a zhotoví písemný nález z vyšetření.

#### **Jaký je důvod (indikace) tohoto výkonu:**

Vyšetření je indikováno při podezření na krvácení do trávicího traktu, u pacientů s podezřením na neobstruktivní tumor tenkého střeva, u pacientů se střevní polypózou k posouzení postižení tenkého střeva, dále u pacientů s Crohnovou chorobou tenkého střeva k určení lokalizace, rozsahu a tíže choroby v oblasti tenkého střeva, ke zhodnocení terapeutické odpovědi či identifikaci komplikací. Kapslovou enteroskopií lze užít také k diagnostice event. postižení tenkého střeva nesteroidními antiflogistiky (tzv. enteropatie z nesteroidních antiflogistik), dále je možné ji užít u pacientů s prokázanou celiakií k identifikaci komplikací (lymfom, adenokarcinom, ulcerózní jejunoileitida, refrakterní sprue).

#### **Alternativy výkonu:**

Alternativou kapslové enteroskopie je vyšetření tenkého střeva za pomoci enteroskopu a rentgenová vyšetření: enteroklýza se zavedením hadičky do tenkého střeva s aplikací kontrastní látky a následným rentgenovým vyšetřením, CT enteroklýza – vyšetření v počítačovém tomografu po vypití kontrastní látky, MR enteroklýza – vyšetření v magnetické rezonanci po podání kontrastní látky.

#### **Jaký je režim pacienta před výkonem:**

- Den před vyšetřením pijte jenom tekutiny a event. vývary, nic tuhého a odpoledne nápoj k očištění střeva. Od 22.00 hod. v předvečer zákroku nejzte a nepijte, s výjimkou doušku vody k zapití léků, berete-li nějaké.
- Dvě hodiny před zákrokem neberte žádné léky.
- 24 hodin před zákrokem nekuřte.
- Absolvujete před vyšetřením pohovor. Budete informováni o průběhu zákroku a budete požádáni o vyslovení souhlasu s provedením zákroku.

#### **Jaký je režim během výkonu:**

- K lékaři se ve stanoveném termínu prosím dostavte včas!
- Polkněte endoskopickou kapsli s malým douškem vody. Do kapsle nekousejte.
- Endoskopická kapsle obsahuje kovové části. Pokud máte endoskopickou kapsli ve Vašem těle, nezdržujte se u zařízení se silným magnetickým polem (např. magnetická rezonance).

#### **Jaké jsou možné komplikace a rizika:**

- Ve velmi ojedinělých případech (do 5%), kdy nedojde k přirozenému vyloučení kapsle, bude nutno tuto kapsli odstranit endoskopickým nebo chirurgickým zákrokem.
- Pokud během vyšetření pocítíte bolesti břicha, břišní diskomfort, pocit na zvracení nebo zvracení apod., okamžitě se informujte u lékaře.
- Po polknutí endoskopické kapsle nejzte 4 hodiny, v případě potřeby můžete vypít malé množství vody. Po ukončení vyšetření se můžete vrátit ke svému stravovacímu režimu.

**Jaký je režim pacienta po provedení výkonu:**

- Svým lékařem budete informováni o způsobu vrácení vybavení použitého k vyšetření.
- Jestliže si nejste jisti, že došlo k přirozenému vyloučení endoskopické kapsle z Vašeho těla, musíte informovat lékaře, který provede patřičná opatření.

**Identifikační údaje pacienta(tky):**

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

**Identifikační údaje zákonného zástupce, opatrovníka:**

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

**Plánovaný výkon:**

<b>Kapslová endoskopie - enteroskopie</b>
---

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 plánovanému výkonu zajímá a obdržel(a) jsem vysvětlení, kterému jsem porozuměl(a). S provedením výše uvedeného výkonu souhlasím.

Dále prohlašuji, že jsem pravdivě informoval(a) ošetřujícího lékaře o dosavadním vývoji zdravotního stavu, svého dítěte, 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 zdravotního stavu, svého dítěte, 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