INFORMOVANÝ SOUHLAS S POSKYTNUTNÍM ZDRAVOTNÍ SLUŽBY

**Sigmoideoskopické vyšetření**

**NÁZEV ZAŘÍZENÍ POSKYTUJÍCÍ ZDRAVOTNÍ SLUŽBU:**

|  |  |
| --- | --- |
| Název zařízení: | Gastroenterologie Hůrka, Klinika JL – AS, s.r.o. |
| Adresa zařízení: | Sluneční náměstí 2588/15, Praha 5, 15800 |
| Telefonní kontakt: | 232 232 322 |
| Odbornost: | 105 - gastroenterologie |
| Podpis lékaře: |  |

**PACIENT:**

|  |  |
| --- | --- |
| Příjmení, jméno, titul: |  |
| Rodné číslo: |  |
| Adresa bydliště: |  |
| Pojišťovna: |  |
| Kontakt na blízkou osobu (jméno, tel.) |  |

**Popis vyšetření:**

Sigmoideoskopické vyšetření je vyšetření levé části tlustého střeva ohebným přístrojem – kolonoskopem, který se zavádí přes konečník ke slezinnému ohbí. Vyšetření slouží k určení typu onemocnění a jeho rozsahu. Probíhá na základě preventivního doporučení nebo při subjektivních obtížích pacienta. Při vyšetření hodnotíme stav střevní sliznice – záněty, výchlipky sliznice, nádory. V případě potřeby odebíráme vzorky k upřesnění diagnózy, odstraňujeme polypy.

**Alternativní postup:**

Alternativní metodou sigmoideoskopického vyšetření je kontrastní rentgenové a CT vyšetření, které však znemožňuje odebrání vzorků/polypů ze střevní sliznice.

**Příprava před výkonem:**

Před vyšetřením je důležité, aby bylo střevo důkladně vyprázdněno, očištěno od stolice. Očistění se provádí za pomoci klystýru (Baxteru, Yalu – večer den před vyšetřením a 2 hodiny před výkonem) nebo glycerinových čípků (večer den před vyšetřením a 2 hodiny před výkonem). Dbejte pokynů ohledně přípravy, které dostanete při objednávání. Před vyšetřením je možné lehce posnídat např. jogurt.

**Průběh výkonu:**

Vyšetření se provádí na levém boku. Provádí se bez aplikace premedikace do žilního systému a trvá většinou 10-15 minut. Můžete při něm mít nepříjemné pocity, spojené s vpravením menšího množství vzduchu nebo vody (pro lepší přehlednost střeva).

**Po výkonu:**

Po vyšetření není žádné omezení v běžném životním/pracovním režimu. Ohledně dietního režimu budete informováni ihned po výkonu v závislosti na rozsahu vyšetření.

**Možné komplikace:**

Alergická reakce na podaný lék, dezinfekci či náplast. Krvácení po odstranění vzorku nebo snesení polypu. Výjimečně poranění či perforace střeva, které mohou vyžadovat akutní ošetření.

Ke snížení možných komplikací prosím vyplňte tento **DOTAZNÍK:**

Jste na něco alergický/á? Pokud ano, vypište ANO NE

Užíváte léky na srážlivost krve (Godasal, Warfarin, Anopyrin, Stacyl)? ANO NE

Užíváte trvale nějaké léky? Pokud ano, vypište ANO NE

Máte nebo jste proděl/a nějaké závažné/infekční onemocnění? ANO NE

(HIV, HEPATITIDA B, C)

Máte kardiostimulátor či trpíte onemocněním srdce, astma? ANO NE

Pro ženy – Jste právě těhotná? ANO NE

**Objeví-li se po vyšetření či polypektomii kruté bolesti břicha či krvácení z konečníku, neprodleně kontaktujte nejbližší chirurgické oddělení**.

**Souhlas pacienta:**

Byl/a jsem podrobně a srozumitelně informován/a o plánovaném vyšetření, jeho průběhu a možných komplikacích. Měl/a jsem možnost na cokoliv se zeptat a mé otázky mi byly zodpovězeny. Na základě vlastního rozhodnutí souhlasím s tímto vyšetřením, odběrem vzorků a s případným léčebným zákrokem.

……………………………. …………………………….

 Datum Podpis

**Nesouhlas pacienta:**

Po vysvětlení jsem se rozhodl/a vyšetření nepodstoupit. Byl jsem seznámen/a s možnými následky, které mohou z odmítnutí vyšetření plynout.

……………………………. …………………………….

 Datum Podpis