

KAPSLOVÁ ENDOSKOPIE

Poj.:

Strana 1 / 3

DG:

Č.chorobopisu:

Vážená pacientko, vážený paciente, vážení rodiče,

vzhledem k Vašemu zdravotnímu stavu (zdravotnímu stavu Vašeho dítěte) je Vám doporučeno provedení výše uvedeného zákroku (výkonu). Před vlastním výkonem s Vámi lékař/ka hovořil/a o účelu a možnostech provedení zákroku. Seznámil/a Vás s možnými riziky a komplikacemi plánovaného výkonu, abyste se mohl/a rozhodnout dát k provedení zákroku svůj souhlas.

Zákonný zástupce pacienta: - - -

Lékař, který provedl poučení: FlexFormClientExt

Vážený a milý paciente,

na základě Vašeho aktuálního zdravotního stavu Vám byl lékařem indikován lékařský výkon: kapslová endoskopie. K zákroku, který Vám doporučujeme, je potřeba Vašeho souhlasu.

Proč doporučujeme vyšetření kapslovou endoskopií

Léčba nabízí lepší vyhlídky na úspěch, když může lékař včas určit druh a rozsah onemocnění. Na základě Vašich potíží se u Vás pokládá za žádoucí vyšetření takzvanou kapslovou endoskopií.

Režim pacienta před výkonem

Před vyšetřením nesmíte minimálně 8 hodin jíst, v případě nutnosti je možno vypít malé množství vody. Dle pokynů lékaře, obvykle den před výkonem, je nutno užít doporučené množství (obvykle 2l) vyprázdňovacího roztoku.

Postup výkonu

Při tomto vyšetření budete požádáni, abyste spolikli malý endoskop v pouzdru (kapsli). Tato kapsle při putování Vaším gastrointestinálním traktem pořizuje snímky. Tyto snímky jsou přenášeny bezdrátově do záznamové jednotky, kterou budete nosit u sebe. Anténní svody, které budete mít nalepeny na břicho, se odstraňují po 8 hodinách a záznam bude vyhodnocen lékařem. Po polknutí kapsle nepijte 2 hodiny a nejezte 4 hodiny, zdržujte se mimo dosah zařízení, které generuje silné elektromagnetické pole, ne manipulujte se záznamovým zařízením. Dbejte eventuálních dalších pokynů vyšetřujícího lékaře.

Režim po vyšetření

Kapsle (kapslový endoskop) bude vyloučena přirozenou cestou, většinou do 2 týdnů. Sledujte proto její odchod stolicí. Pokud není vyloučení kapsle stolicí potvrzeno, informujte vyšetřujícího lékaře. Odchod kapsle se pak většinou ověřuje rentgenovým vyšetřením.

Možné komplikace

Absolutní bezrizikovitost svých opatření nemůže zajistit žádný lékař. Vyšetření bude provedeno podle uznávaných moderních lékařských postupů a za dodržení všech zásad správné klinické praxe. Přesto by velmi vzácně mohlo dojít ke komplikaci výkonu. Nejčastější komplikací je retence kapsle (zadržení kapsle ve střevech). K této komplikaci může dojít v cca 2% případů. Pokud kapsle neodejde spontánně, bude ji nutno po lékařem určené době vyjmout, buď endoskopicky nebo chirurgicky (operačně) při břišní operaci v celkové anestézii. Další možnou komplikací může být vdechnutí kapsle při poruše polykání. Pokud máte s polykáním problémy, informujte lékaře ještě před vyšetřením. Vzácnou komplikací je i uvíznutí kapsle v hltanu. Vyšetření nesmí být prováděno u těhotných žen a u nemocných s poruchou průchodnosti trávicí trubice. V tomto smyslu jste již byli vyšetřeni v rámci indikace k tomuto výkonu. Pokud nemůžete vyloučit těhotenství, ihned informujte lékaře, výkon bude nutno odložit. Kapslový endoskop nebyl bezpečnostně testován s kardiostimulátory. Pokud máte kardiostimulátor, ihned informujte vyšetřujícího lékaře.

KAPSLOVÁ ENDOSKOPIE

Poj.:

Strana 2 / 3

DG:

Č.chorobopisu:

Alternativy zdravotního výkonu

Alternativami kapslové endoskopie tenkého střeva jsou rentgenová vyšetření (CT- nebo MR-enteroklýza) nebo vyšetření flexibilními (ohebnými) endoskopy (push-enteroskopie nebo dvojbalonová enteroskopie). Alternativami kapslové endoskopie tlustého střeva jsou vyšetření flexibilním endoskopem (koloskopie) nebo rentgenová vyšetření (CT-kolografie, irrigografie).

Alternativou je i výkon neprovést, což znemožní přesnou diagnostiku s rizikem poškození až smrti následkem oddálení léčby.

Prohlášení o informovaném souhlasu:

Prohlašuji, že jsem tento informovaný souhlas četl(a) a že mi bylo lékařem sděleno a vysvětleno:

- jaký je účel, povaha, předpokládaný prospěch, následky, možná rizika a komplikace výkonu,
- zda plánovaný výkon má nějakou alternativu a zda mám možnost si zvolit jednu z alternativ,
- k jakým omezením v obvyklém způsobu života, v pracovní schopnosti a změnám v pracovní způsobilosti může příslušný zdravotní výkon vést,
- jaký léčebný režim, následná zdravotní a preventivní opatření jsou vhodná po plánovaném výkonu.

Dále prohlašuji, že jsem měl(a) možnost klást doplňující otázky a zeptat se na vše, co považuji v souvislosti s navrhovaným výkonem za podstatné, a že moje dotazy mi byly lékařem zodpovězeny.

Prohlašuji, že jsem podaným informacím a vysvětlením plně porozuměl(a) a považuji své poučení za dostatečné.

Prohlašuji, že na základě své svobodné vůle a poskytnutých informací souhlasím s provedením navrhovaného zdravotního výkonu.

Souhlasím, aby v případě výskytu neočekávaných komplikací vyžadujících neodkladné provedení dalších výkonů nutných k záchraně mého života byly tyto výkony provedeny.

Byl(a) jsem také poučen(a) o tom, že mohu svůj souhlas s lékařským výkonem kdykoliv před zákrokem odvolat.

Jako zákonný zástupce

~~nezletilého pacienta~~

~~pacienta zbaveného způsobilosti k právním úkonům, nebo~~

~~pacienta s omezenou způsobilostí k právním úkonům~~

svým podpisem stvrzuji, že jsem obdržel příslušné informace a že tyto výše uvedené informace byly v přiměřeném rozsahu a formě též poskytnuty pacientovi.

Ve Frýdku-Místku dne: **27.6.2016 07:02**

podpis pacienta / zákonného zástupce

podpis lékaře

KAPSLOVÁ ENDOSKOPIE

Poj.:

Strana 3 / 3

DG:

Č.chorobopisu:

Podpis svědka poučení a souhlasu pacienta/zákonného zástupce, pokud pacient/zákonný zástupce není schopen se vlastnoručně podepsat:

Důvod, pro nějž pacient/zákonný zástupce není schopen se podepsat:

Způsob, jak pacient/zákonný zástupce projevil svou vůli:

Jméno, příjmení, podpis svědka: ---

podpis svědka (svědků)

pouze vzor, nevyplňujte!