

Gastroenterologická ambulance

MUDr. Akram QASSEM
Zdravotní středisko Březenecká
Březenecká 4804, 430 04 Chomutov
Tel: +420 775 174 551

INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTA S ENDOSKOPICKÝM VYŠETŘENÍM KONCOVÉ ČÁSTI TLUSTÉHO STŘEVA (SIGMOIDEOSKOPIE)

Pacient:

Jméno a příjmení:

Rodné číslo/datum narození:

1. Popis výkonu

Sigmoidoskopie je zkrácená verze kolonoskopie – vyšetřuje pouze dolní část tlustého střeva (konečník a esovitou kličku) pomocí flexibilního optického přístroje (endoskopu).

Diagnostický účel: Přesné zobrazení střevní sliznice s možností odběru vzorků tkáně.

Terapeutický účel: Možnost odstranění polypů, zastavení krvácení nebo rozšíření zúžených úseků střeva.

2. Příprava na vyšetření

Příprava konečníku se provádí aplikací klystýru dle pokynů lékaře.

V den vyšetření: Pacient nesmí jíst a musí dodržet dostatečnou hydrataci.

Důležité: Nedostatečná příprava střev může vést k nutnosti opakování vyšetření.

3. Průběh vyšetření

Pacient leží na levém boku. Endoskop se zavádí konečníkem, přičemž se vhání vzduch a voda pro lepší přehlednost sliznice.

Možné pocity: tlak v břiše, nutkání na stolicí.

Během výkonu může být proveden odběr vzorku tkáně, odstranění polypů, ošetření krvácení, rozšíření zúžených úseků.

5. Možná rizika a komplikace

Sigmoideoskopie je bezpečný výkon, avšak v ojedinělých případech se mohou vyskytnout komplikace:

Nevolnost, nadýmání – běžné vedlejší účinky insuflace vzduchu.

Alergická reakce – na podané léky či dezinfekční prostředky.

Krvácení – po odběru vzorku nebo odstranění polypu.

Proděravění střeva (perforace), které může vyžadovat chirurgický zákrok.

Zvýšené riziko komplikací je u pacientů s poruchami srážlivosti krve (užívajících Warfarin, Anopyrin apod.).

6. Alternativy vyšetření

Alternativou může být CT kolonografie nebo irrigografie – rentgenové vyšetření tlustého střeva.

Nevýhody: Menší přesnost, nemožnost odebrat vzorky tkáně ani odstranit polypy.

7. Po vyšetření

Obvyklý režim: Po výkonu lze obvykle konzumovat lehkou stravu, ale vše závisí na průběhu a provedení výkonu – konkrétní doporučení sdělí lékař po vyšetření.

V případě silných bolestí břicha, horečky nebo krvácení ihned kontaktujte lékaře.

8. Doplnující informace o pacientovi

Máte alergii na léky, potraviny nebo jiné látky? ANO / NE (uveďte jaké):

Máte poruchu srážlivosti krve? ANO / NE

Užíváte léky na ředění krve (např. Warfarin, Anopyrin)? ANO / NE (uveďte jaké):

9. Souhlas pacienta

Prohlašuji, že jsem byl(a) informován(a) o povaze výkonu, jeho účelu, přínosech, možných komplikacích i alternativách.

Měl(a) jsem možnost klást dotazy, které mi byly zodpovězeny. Na základě těchto informací souhlasím s provedením sigmoideoskopie.

Dále souhlasím s provedením všech nutných výkonů k zajištění mého zdraví v případě neočekávaných komplikací. O možnosti odmítnutí jsem byl/byla informován/a.

Datum:Podpis pacienta:

10. Prohlášení lékaře

Potvrzuji, že jsem pacienta informoval o výkonu, jeho přínosech a rizicích a zodpověděl všechny dotazy.

Datum:Podpis lékaře: