

## INFORMOVANÝ SOUHLAS S FEKÁLNÍ BAKTERIOTERAPIÍ (TRANSPLANTACÍ STOLICE)

**Jméno pacienta:** .....

**Rodné číslo:** .....

**ALERGIE:**.....

štítek

**Definice:** Fekální bakterioterapie (transplantace stolice) je léčebná metoda, při níž je stolice zdravého, předem vyšetřeného dárce, přenesena různými způsoby do zažívacího traktu nemocného pacienta. Metoda se využívá zejména k léčbě těžkých, přetrvávajících a opakujících se průjemovitých onemocnění, vyvolaných bakterií *Clostridium difficile*. Úspěšnost této metody v léčbě klostridiové střevní infekce je udávána ve více než osmdesáti procentech.

**Cíl a důvod výkonu:** Cílem přenosu stolice zdravého, předem vyšetřeného dárce do zažívacího traktu nemocného pacienta, je obnovit střevní mikroflóru (souhrn mikrobů žijících v lidském střevě) a vyléčit tak střevní infekci, která vznikla působením nebezpečné bakterie *Clostridium difficile*, když normální střevní flóra byla porušena.

**Jiné možnosti léčby:** Alternativou fekální bakterioterapie je dlouhodobé podávání antibiotik, které však s sebou nese možnost řady nežádoucích účinků, nezajišťuje úplné vyléčení pacienta a je jedním z faktorů vzrůstající rezistence (odolnosti) mikrobů k antibiotikům.

**Příprava před výkonem:** V den přenosu stolice zdravého dárce do Vašeho zažívacího traktu budete na lačno. Budou Vám podány léky ke ztlumení tvorby žaludeční kyseliny a léky na zpomalení střevní peristaltiky (hybnosti střev). Bude-li stolice podávána prostřednictvím koloskopu (konečnickem), informuje Vás lékař dopředu o přípravě před koloskopií (dietní opatření a příprava střeva).

**Postup při výkonu:** Předem zpracovaná stolice bude podána buď prostřednictvím gastrokopu ústy přímo do Vašeho tenkého střeva nebo (dle uvážení lékaře) konečnickem do vzestupné části tlustého střeva pomocí koloskopu. Vlastní výkon je velmi krátký a není nepříjemný. Menší dyskomfort (nepohodlí) může způsobit pouze endoskopický výkon, kterým se aplikuje zpracovaná stolice.

**Průběh a péče po výkonu/případná omezení:** Po výkonu budeme sledovat počet Vašich stolic. Žádná omezení, ani speciální péče nejsou po výkonu nutná. Pouze při podání zpracované stolice pomocí gastrokopu (úst) nesmíte hodinu po výkonu nic jíst a pít, dokud nepomine účinek místního znecitlivění v oblasti krku, které se provádí před zavedením gastrokopu.

**Možné komplikace a následující rizika:** Fekální bakterioterapie je bezpečná léčebná metoda. Vzorek dárčovské stolice se aplikuje do míst, kde se již střevní bakterie normálně vyskytují a nehrozí tedy riziko infekčních komplikací. Abychom maximálně snížili riziko přenosu infekčních onemocnění, je dárce stolice před jejím poskytnutím podrobně vyšetřen a jeho stolice je otestována na celou řadu různých onemocnění.

**Datum:** .....

**Jméno lékaře:** ..... **Podpis lékaře:** .....

**PACIENT / ZÁKONNÝ ZÁSTUPCE:**

1. Přečtěte si laskavě pozorně text tohoto souhlasu.
2. Pokud jste plně nerozuměli lékařovu vysvětlení, nebo pokud potřebujete doplňující informace, neváhejte se lékaře znovu zeptat.
3. Pokud souhlasíte s textem prohlášení, podepište jej.

**Já, pacient / zákonný zástupce prohlašuji, že jsem byl/a lékařem srozumitelně a včas informován/a o povaze lékařského výkonu / lékařského postupu uvedeného výše, byl/a jsem též informován/a o možných rizicích tohoto výkonu. Měl/a jsem možnost klást lékařovi doplňující dotazy a pokud tomu tak bylo, veškeré mé dotazy byly zodpovězeny. Své rozhodnutí činím po pečlivé úvaze a po posouzení všech rozhodujících skutečností.**

**Na základě tohoto poučení prohlašuji, že souhlasím:**

- s uvedeným léčebným postupem,
- s tím, že může být proveden jakýkoliv další související výkon, pokud by jeho neprovedení bezprostředně ohrozilo můj zdravotní stav / zdravotní stav opatrované osoby a vzhledem ke konkrétní situaci nebude možno získat můj aktuální souhlas.

**Jsem srozuměn/a s tím, že:**

- uvedený léčebný postup nemusí být proveden lékařem, který mne dosud ošetřoval,
- souhlas se pokládá za informovaný také v případě, že se podle § 32 odst. 1 zákona č. 372/2011 Sb. podání informace vzdávám.

**Souhlasím s poskytnutím informací:**

ano  ne

**Datum:** ..... **Podpis pacienta:** .....

**Jméno a podpis zákonného zástupce (1):** .....

**Jméno a podpis zákonného zástupce (2):** .....

**Jméno a podpis pacientem určené osoby při přijetí v Informovaném souhlasu s hospitalizací:**

.....

**POKUD SOUHLAS NELZE PACIENTEM PODEPSAT, VYPLŇTE DLE SITUACE VARIANTU A) NEBO B):**

a) **Jméno svědka (zdravotnický pracovník):** .....

**Podpis:** .....

**Datum:** .....

b) **Jméno svědka:** ..... **Rodné číslo:** .....

**Adresa bydliště:** ..... **Číslo OP:** .....

**Datum:** .....