

## INFORMOVANÝ SOUHLAS S KAPSLOVOU ENTEROSKOPIÍ

Jméno pacienta: .....

Rodné číslo: .....

štítek

**ALERGIE**.....

### Definice:

Kapslová enteroskopie/endoskopie je obrazové vyšetření tenkého a/nebo tlustého střeva speciální diagnostickou kapslí. Přístroj má velikost větší vitaminové kapsle, je vybavena mikrokamerou a zdrojem světla. Výhodou kapslové endoskopie je nezatěžující podstata vyšetření (není třeba zavádět do střeva žádný ohebný endoskopický přístroj). Další výhodou je přímé zobrazení sliznice tenkého a/nebo tlustého střeva. Vyšetřované střevo je v celém rozsahu zobrazeno zhruba v 75% případů (to je dáno rychlostí postupu endoskopické kapsle trávicím ústrojím a životností baterií, které zajišťují osvětlování, snímání a vysílání obrázků). Životnost baterií je zhruba 12- 15 hodin.

### Cíl a důvod výkonu:

Důvodem vyšetření je podezření na onemocnění tenkého a/nebo tlustého střeva a v případě známé choroby posouzení aktivity (rozsahu) onemocnění. Jejím cílem je zobrazení a identifikace patologie tenkého a/nebo tlustého střeva speciální diagnostickou kapslí.

### Alternativy k výkonu:

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

### Příprava před výkonem:

Den před vyšetřením drží pacient bezzbytkovou dietu (dieta s omezením vlákniny). V 17.00 hodin užije projímadlo předepsané lékařem a od 22.00 hodin (v předvečer zákroku) již není dovoleno jíst a pít, s výjimkou doušku vody nutného k zapití léků, berete-li nějaké. Dvě hodiny před zákrokem neberte žádné léky. 24 hodin před zákrokem se vyvarujte kouření. Před výkonem pacient absoluuje s lékařem informační pohovor, během kterého bude informován o jeho průběhu.

### Postup při výkonu, průběh a péče po výkonu/případná omezení :

Vyšetřovaná osoba kapsli spolkne, kapsle při průchodu trávicím ústrojím snímá barevné obrázky vnitřku střeva, které uchovává do vnitřní paměti. Následně se v počítači z obrázků vytvoří video-záznam trávicího ústrojí, který lékař prohlédne a vyhodnotí. Endoskopická kapsle je vyloučena po několika dnech (nejdéle do dvou týdnů) z pacienta přirozenou cestou se stolicí.

**Možné časté komplikace a následující rizika:**

Kapslová endoskopie se vzácně spojena s rizikem uvíznutí kapsle nad postiženým (zúženým) místem střeva nebo v jeho výchlípce (divertiklu). Pokud k uvíznutí kapsle dojde, je následně vyjmuta endoskopicky nebo chirurgicky. Z bezpečnostních důvodů se kapslová endoskopie neprovádí v těhotenství. Před vyšetřením je třeba nahlásit, pokud má pacient zaveden kardiostimulátor nebo kardioverter. Rovněž z bezpečnostních důvodů není možno ve stejné době, kdy probíhá kapslová endoskopie, provést vyšetření magnetickou nukleární resonancí. Kapslová endoskopie neumožňuje odebrat vzorky tkáně k dalším vyšetřením ani provádět žádný léčebný zákrok.

**Datum:** .....

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

**PACIENT / ZÁKONNÝ ZÁSTUPCE:**

1. Přečtete 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 lékaři 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):** .....