Nemocnice Pelhřimov
Slovanského bratrství 710
393 38 Pelhřimov
tel.: 565 355 353
Radiodiagnostické odd.

identifikace pacienta
pacient:
r.č.:
bydliště:
kód pojišť.:

**Informovaný souhlas pacienta**

# ENTEROKLYSA

Vážený pane, vážená paní,
k diagnostickému výkonu, který Vám nyní doporučujeme, je potřeba Vašeho souhlasu. Abyste se mohl/a rozhodnout, informujeme Vás tímto listem o cíli výkonu, jeho provedení, i o případných možných komplikacích. Lékař, který vyšetření navrhuje, i lékař, který bude vyšetření provádět, Vám v ústním pohovoru rád vysvětlí případné nejasnosti a odpoví na Vaše otázky.
Na závěr tohoto dokumentu budete požádán, abyste svůj případný souhlas s navrhovaným výkonem potvrdil vlastnoručním podpisem.

**Co je enteroklysa**

Enteroklysa je detailní zobrazení tenkého střeva, potvrzení či vyloučení jeho zánětlivého či nádorového postižení pod skiaskopickou kontrolou za aplikace báryové kontrastní látky a roztoku metylcelulosy sondou cíleně do tenkého střeva.

**Jaký je důvod (indikace) tohoto výkonu**

Důvodem enteroklysy jsou zažívací potíže, bolesti břicha, průjmy, zácpa a celkové potíže.

**Jaký je režim pacienta před výkonem:**

- 2 dny před vyšetřením bezezbytková strava (vynechat nadýmavou stravu - luštěniny, syrová zelenina, ovoce, čerstvé celozrnné pečivo, mléko, mléčné výrobky), pít hodně tekutin, nepít nápoje obsahující CO2,
- den před vyšetřením - lehká snídaně, k obědu bujón, dále jen tekutiny (na celý zbytek dne asi 2,5–3 l), časně odpoledne vypít vyprazdňující roztok (např. Fortrans),
- v den vyšetření nalačno (4 –6 hodin nejíst a nepít), naplněný močový měchýř.

**Jaký je postup při provádění výkonu**

Vyšetření provádí lékař radiolog, který zavede do tenkého střeva dutinou ústní nebo nosní tenkou sondu, kterou pak podává báryovou kontrastní látku a roztok metylcelulosy. Celý proces probíhá za kontroly pomocí ionizujícího záření na vyšetřující sklopné stěně.

**Jaké jsou možné komplikace a rizika**

Komplikace se objevují zřídka. S rozvojem technologií došlo k jejich dalšímu výraznému snížení: nepříjemné pocity při zavádění sondy, vlastní podání roztoku může vyvolat pocit plnosti, průjem, nucení na močení, zvlášť mohou být citliví pacienti s již prokázaným zánětlivým onemocněním tenkého střeva či tračníku.

**Riziko spojené s ionizujícím zářením**

Ionizující (rentgenové) záření ve formě dlouhodobého menšího i krátkodobého velmi intenzivního záření má negativní účinky na člověka a živé organismy. Navozuje v živé hmotě řadu změn vedoucích k poškození struktur živé hmoty.
Radiodiagnostické výkony jsou prováděny erudovaným personálem. Při vyšetření je postupováno tak, aby dávka ionizujícího záření byla co nejnižší v poměru zachování kvality vyšetření. Pravidelně je prověřován stav RTG přístrojů, které musí splňovat přísné normy. Jsou používány ochranné

prostředky k vykrytí citlivých partií mimo zájmovou oblast vyšetření. Obdržené dávky při vyšetření jsou sledovány a zaznamenávány.

**Jaký je režim pacienta po provedení výkonu**

Po vyšetření není nutný žádný zvláštní režim. V případě jakýchkoliv potíží okamžitě upozornit personál a lékaře! Přechodně může být bílá stolice.

**Jaké jsou možné alternativy výkonu**

Kapslová enteroskopie, magnetická rezonance nebo CT enteroklysa.

---

**Souhlas pacienta**

Prohlašuji, že se mnou lékař/lékařka MUDr. …… provedl/a pohovor, při kterém mne způsobem seznámil/a s plánovaným výkonem, riziky i případnými komplikacemi (jinými možnými postupy). Všem informacím jsem rozuměl/a a měl/a jsem též dostatek času si vše rozvážit. Měl/a jsem možnost položit lékaři doplňující dotazy, které mne v souvislosti s výkonem zajímaly. Pokud tomu tak bylo, byly mi dostatečně zodpovězeny. Nezatajil/a jsem žádné skutečnosti týkající se zdravotního stavu, které by mohly mít vliv na úspěch zákroku.

S výkonem ***SOUHLASÍM / NESOUHLASÍM**** (*nehodící se škrtněte*)
***SOUHLASÍM / NESOUHLASÍM**** s tím, že mi může být během výkonu proveden další neodkladný související výkon, pokud by jeho neprovedení ohrozilo mé zdraví.

Datum: ……..... Podpis pacienta: …….....……
(zákonného zástupce)

Jméno a podpis zákonného zástupce: ……..….
(u pacientů nezletilých nebo zbavených způsobilosti k právním úkonům)

Podpis lékaře: ……....….

Podpis indikujícího lékaře:.....

**Prohlášení svědka**
(v případě, kdy pacient rozumí poučení, je schopen dát souhlas/nesouhlas, ale nemůže se podepsat)

Jméno svědka: .....

Prohlašuji, že pacient přede mnou projevil, že po poskytnutém poučení **souhlasí / nesouhlasí*** s výkonem, včetně všech jednotlivých výše uvedených prohlášení.

Pacient se nemůže podepsat z důvodu, že:
….....
Pacient projevil svůj *souhlas / nesouhlas** tak, že:
….....

Podpis svědka: ….....

*** nehodící se škrtněte***