

## 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 metylcelulosity sondou cíleně do tenkého střeva.

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

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

#### **Jaký je režim pacienta před výkonem:**

- 2 dny před vyšetřením bezobzbovká strava (vynechat nadýmovou stravu - luštěniny, syrová zelenina, ovoce, čerstvé celozrnné pečivo, mléko, mléčné výrobky), pít hodně tekutin, nepít nápoje obsahující CO<sub>2</sub>,
- 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 metylcelulosity. 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, zvláště 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*