

## Інформована згода пацієнта (законного представника пацієнта) з проведенням колоноскопії

Пацієнт – ім'я та прізвище:	Персональний номер (номер застрахованої особи):
Дата народження: (якщо немає метричного номера)	Код медичної страхової компанії:
Адреса постійного проживання пацієнта: (або інша адреса)	
Ім'я законного представника (опікуна):	Метричний номер:

### Назва процедури

#### Колоноскопія

візуалізація товстої кишки та, за необхідності, кінця тонкої кишки за допомогою ендоскопічного пристрою

### Мета процедури

З метою уточнення та вирішення ваших проблем або в якості профілактики для раннього виявлення можливих патологічних змін вам необхідно пройти колоноскопію – ендоскопію товстої кишки. Це передбачає введення ендоскопічного пристрою через задній прохід і безпосередній огляд товстої кишки і, за необхідності, кінця тонкої кишки, з можливими подальшими терапевтичними процедурами, такими як забір зразків слизової, видалення поліпів, зупинка кровотечі, дилатація стенозів (розширення звужених ділянок) тощо.

### Характер процедури

#### Перед процедурою необхідно!

- напередодні та вранці в день обстеження очистити кишечник, випивши один з очищувальних розчинів: будь ласка, сумлінно дотримуйтеся наведеної інформації
- за 3 дні до обстеження виключити з раціону фрукти, овочі та клітковину (неперетравлювані частини раціону); за день до обстеження вранці вживати в їжу тільки м'ясний бульйон (відвар) без твердих частин; потім можна пити тільки прозору рідину; якщо ви приймаєте препарати для поповнення запасів заліза, бажано відмінити їх прийом за тиждень до обстеження

#### Хід процедури:

При колоноскопії після обстеження пальцем через анальний канал в пряму кишку і далі поступово по товстій кишці до місця переходу тонкої кишки в товсту вводиться ендоскоп. Для гарної видимості кишечник необхідно надати повітрям або вуглекислим газом. Введення ендоскопа та нагнітання газу може сприйматися як дискомфорт. При необхідності робиться заспокійлива ін'єкція. При необхідності за допомогою пінцета береться зразок тканини для гістологічного дослідження. В окремих випадках під час колоноскопії видалюються поліпи, зазвичай за допомогою щипців та електрокоагуляції. Ділянки, що кровоточать, можна обробити ін'єкцією речовини для зупинки кровотечі, накладанням металевого затискача або застосуванням тепла за допомогою електричного зонда. Звужені ділянки можна розширити за допомогою спеціального балона.

#### Після процедури необхідно!

- в разі ін'єкції заспокійливого засобу не керувати автомобілем та не працювати з механізмами протягом 24 годин
- після деяких медичних процедур може знадобитися короткочасне перебування в лікарні

**В разі виникнення будь-яких проблем після обстеження (біль у животі, ректальна кровотеча тощо) необхідно негайно повідомити про це лікаря!!**

### Очікувана користь від процедури

Чим точніше і раніше лікар зможе визначити тип і ступінь захворювання, тим більше шансів на успішне лікування.

### Альтернатива процедури

Контрастна рентгенографія або КТ товстої кишки, які є менш точними і не дозволяють проводити забір тканин та терапевтичні втручання.

### Наслідки процедури

Після терапевтичного втручання, особливо видалення поліпа, може знадобитися 1-3 денна госпіталізація з виключенням їжі, введенням інфузій та контролем аналізу крові.

**Можливі ризики обраної процедури:**

Ускладнення колоноскопії зустрічаються рідко і можуть включати кровотечу після взяття зразка тканини або після деякої медичної процедури, алергічну реакцію на заспокійливу ін'єкцію та прокол кишечника (перфорацію). Ускладнення зазвичай незначні, але деякі з них можуть потребувати подальшого хірургічного втручання.

Для мінімізації ризику виникнення ускладнень і особливо алергічних реакцій просимо вас відповісти на наступні питання:

**Прим.: Обведіть вашу відповідь:**

1. У вас є підвищена схильність до кровотеч навіть при невеликих травмах або після видалення зуба?	ТАК	НІ
2. Чи легко у вас з'являються синці на шкірі, або чи є схильність до цього у вашій родині (тільки кровні родичі)?	ТАК	НІ
3. Чи страждаєте ви на сінну лихоманку, бронхіальну астму, підвищену чутливість до харчових продуктів, ліків, пластирів, місцевих анестетиків?	ТАК	НІ
4. Чи страждаєте ви на хронічне захворювання (наприклад, глаукома, епілепсія, астма, діабет, серцева недостатність)? Якщо так, на яке саме?	ТАК	НІ
5. Ви вагітні?	ТАК	НІ

**Згода:**

Я був(-ла) зрозуміло проінформований(-а) про альтернативи процедурі, які проводиться в Університетській лікарні м. Оломоуць, з яких я можу обирати.	ТАК	НІ
Я був(-ла) проінформований(-а) про можливі обмеження в моєму звичному способі життя та працездатності після проведення відповідної медичної процедури, а в разі можливої або очікуваної зміни стану мого здоров'я – також про зміну моєї придатності за станом здоров'я.	ТАК	НІ
Я був(-ла) проінформований(-а) про схему лікування та профілактичні заходи, які є доцільними, про виконання подальших медичних процедур.	ТАК	НІ
Всі ці пояснення та інформація, надані та роз'яснені мені лікарем, зрозумілі мені, я мав(-ла) можливість задати додаткові запитання, на які лікар мені відповів.	ТАК	НІ

**Ознайомившись з вищевикладеною інформацією, заявляю:**

- що я погоджуюсь із запропонованим доглядом та проведенням процедури, а в разі непередбачених ускладнень, які вимагають термінового проведення додаткових процедур, необхідних для врятування життя чи здоров'я, погоджуюсь з їх проведенням.	ТАК	НІ
- що я розкрив(-ла) лікарям всю відому мені інформацію про стан мого здоров'я, яка може негативно вплинути на моє лікування або наразити на небезпеку моє оточення, зокрема, поширити інфекційне захворювання.	ТАК	НІ
- що на випадок потреби я даю згоду на забір біологічного матеріалу (кров, сеча тощо) для проведення аналізів з метою виключення, зокрема, заразливих захворювань.	ТАК	НІ

<b>Дата</b>	<b>Година</b>	<b>Підпис пацієнта або законного представника (опікуна)</b>

<b>Ім'я та прізвище лікаря, який надав інформацію</b>	<b>Підпис лікаря, який надав інформацію</b>

**Якщо пацієнт неспроможний поставити підпис, зазначте причини, з яких він не зміг це зробити, та як пацієнт виразив своє волевиявлення:**

<b>Ім'я та прізвище медичного працівника/свідка</b>	<b>Підпис медичного працівника/свідка</b>	<b>Дата</b>