

INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTA S VÝKONEM

Informovaný souhlas pacienta k provedení endoskopického vyšetření horní části zažívacího ústrojí (gastroskopie)

Vážená paní/pane,

povaha Vašich obtíží nebo onemocnění vyžaduje provedení endoskopie jícnu, žaludku, dvanáctníku. Toto vyšetření upřesní charakter onemocnění a pomůže při výběru vhodné léčby. Vzhledem k těmto skutečnostem Vám ošetřující lékař doporučil podrobit se endoskopii zažívací trubice. Před tímto vyšetřením budete ošetřujícím lékařem informován/a o povaze výkonu, jeho přínosu ke zjištění příčiny Vašich obtíží, jeho výhodách a nevýhodách oproti jiným vyšetřovacím postupům, jeho možných komplikacích a rizicích. Tento materiál by Vám měl podat základní informaci o tomto typu vyšetřovacího postupu a měl by být vodítkem k Vašemu dalšímu rozhovoru s ošetřujícím lékařem.

Technika vyšetření

Vyšetření horní části zažívací trubice se nazývá gastroskopie. Podstatou vyšetření je zavedení ohebného optického přístroje do jícnu, žaludku a část dvanáctníku s možností rozpoznat onemocnění těchto orgánů. V případě potřeby může být doplněna odběrem malého množství tkáně, která bude dále mikroskopicky vyšetřena. V případě nutnosti může být během vyšetření doplněn i léčebný zákrok v podobě snesení slizničních nárůstků (polypů) nebo ošetření zdroje krvácení do zažívací trubice

Příprava před vyšetřením

Šest hodin před zákrokem nesmíte jíst, pít ani kouřit. Lékaře vždy informujte o tom, jaké léky užíváte. Zvláště je nutné upozornit na léky, které snižují srážlivost krve (př. Anopyrin, Plavix, Warfarin, Lawarin atd.), jejichž užití před zákrokem by mohlo vést ke zvýšenému riziku krvácení při odběru vzorku tkáně či drobného léčebného zákroku. Též musíte uvést všechny alergie, pokud nějakými trpíte.

Průběh vyšetření

Před začátkem vyšetření Vám bude sprejem s lokálním anestetikem znečitlivěna zadní část dutiny ústní a hltan. Jen v případě špatné tolerance vyšetření bude podána intravenózní injekce se zklidňujícím lékem. Po aplikaci injekce není možné 12 hodin řídit motorové vozidlo. Po ulehnutí na levý bok na lehátko vám bude zaveden přístroj do dutiny ústní, dále do hltanu, jícnu, žaludku a dvanáctníku. Tento postup není nijak bolestivý, můžete pocítovat lehký pocit na zvracení. Vyšetření trvá pouhých několik minut. Výsledek vám lékař sdělí ihned po skončení vyšetření. Jíst a pít budete moci za 2 hodiny po vyšetření (po této době odezní znečitlivění sliznice úst a hltanu).

Akutní vyšetření

Většina vyšetření je plánována několik dní či týdnů dopředu. Existují zvláštní situace, které vyžadují provedení vyšetření a endoskopický léčebný zákrok ihned. Nejčastěji se jedná o stavy spojené s krvácením do horní části zažívací trubice.

Komplikace

- **Proděravění některé části horního zažívacího ústrojí** - výskyt této komplikace je extrémně nízký. Příznaky této komplikace se projeví po skončení vyšetření. Může se projevit bolestí na hrudi, bolestí břicha, pocitem na zvracení nebo zvracením, vzedmutím břicha, teplotou. Tento stav vyžaduje akutní provedení potřebných vyšetření a případnou operaci s ošetřením místa postižení.
- **Krvácení** - může nastat v místě odběru vzorku tkáně, častěji po odstranění drobného nádoru. Pokud ke krvácení dojde, lze ho většinou zastavit již přímo při vyšetření. Pouze ve velmi malém počtu pacientů se toto nepodaří a stav si může vyžadovat operační řešení.
- **Alergická reakce** na kterékoliv léčivo nebo dezinfekční prostředek. Zpravidla se objeví ihned po aplikaci léčiva či za několik desítek minut. Může mít formu pouhé kopřivky, ale též dechových obtíží, astmatu, slabosti, nízkého krevního tlaku, až šokového stavu. Pokud tato reakce vznikne, ihned o ní informujte vašeho ošetřujícího lékaře

Pokud se tyto potíže po výkonu objeví, je nutno okamžitě kontaktovat ošetřujícího lékaře.

Chování po vyšetření

Po aplikaci utišující injekce byste neměl(a) po zbytek dne vykonávat žádnou práci, která vyžaduje Vaší zvýšenou pozornost (řízení motorového vozidla, obsluha stroje apod.). Pokud nebudete upozorněn jinak, můžete se v klidu

po vyšetření najíst, napít, nemělo by Vám to způsobit žádné komplikace. Pokud byste pocítoval(a) po vyšetření větší bolest břicha či se objevilo krvácení z konečníku, informujte neprodleně nás či svého ošetřujícího lékaře.

Vážená paní/pane,

naše stručná informace jistě nemůže být vyčerpávající. Ptejte se proto, prosím, svého ošetřujícího lékaře (eventuálně operátora/anesteziologa) na všechno, co Vás ve vztahu k ambulantnímu výkonu zajímá.

Ujišťujeme Vás, že učiníme vše proto, aby váš výkon proběhl bez komplikací.

PROSÍME, PTEJTE SE NA VŠECHNO, CO SE VÁM ZDÁ DŮLEŽITÉ!

Přejeme Vám, ničím nekomplikovaný pobyt v našem zdravotnickém zařízení.

Pacient/ka: RČ: Oddělení:

Bytem:

Zákonný zástupce/opatrovník: RČ:

Bytem:

Podpisem tohoto dokumentu prohlašuji, že po dostatečném čase na rozmyšlenou s doporučeným výkonem po podrobném vysvětlení lékaře výslovně souhlasím a jsem si vědom/a všech možných rizik souvisejících s navrženým postupem. Jsem si vědom/a rovněž toho, že určitá rizika existují při každé léčbě, a že je nelze vždy a přesně určit.

Lékař mě v pohovoru podrobně seznámil s mým zdravotním stavem a s potřebností doporučeného výkonu, byl/a jsem informován/a a poučen/a o možnosti vzniku i výjimečně se vyskytujících závažných komplikací souvisejících s doporučeným výkonem a i přesto s tímto výkonem výslovně souhlasím. Též jsem byl/a informován/a o možných variantách zákroku, jeho následcích a komplikacích.

Byl/a jsem rovněž podrobně poučen/a o možných důsledcích odmítnutí souhlasu s doporučeným výkonem. Dále potvrzuji, že mi byla dána možnost klást lékaři jakékoli, byť i nejbanálnější (nejjednodušší) dotazy související s doporučeným výkonem a lékař všechny mé dotazy srozumitelně zodpověděl, přičemž nyní nemám již žádné další otázky.

Jsem si rovněž vědom/a toho, že provedení doporučeného výkonu mohu podstoupit i v jiném zdravotnickém zařízení.

Dále potvrzuji, že jsem lékaři nezamlčel/a žádné mně známé údaje o mém zdravotním stavu. Jsem si vědom/a, že zamlčení jakýchkoliv údajů o mém zdravotním a sociálním stavu, by mohlo nepříznivě ovlivnit moji léčbu, či ohrozit mé okolí, zejména rozšířením přenosné choroby. Potvrzuji rovněž, že mě lékař předem poučil o právu nebýt informován/a o mém zdravotním stavu a o potřebných výkonech.

Podpisem tohoto dokumentu prohlašuji, že se cítím dostatečně poučen/a, po psychické a fyzické stránce se cítím zcela způsobilý/á podepsat tento dokument, chápu právní význam tohoto dokumentu, plně mu rozumím a podepisuji jej zcela vážně a bez výhrad, ze své vlastní svobodné vůle.

Současně prohlašuji, že v případě výskytu neočekávaných komplikací, vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků nutných k záchraně mého života nebo zdraví souhlasím s tím, aby byly provedeny veškeré další potřebné a neodkladné výkony nutné k záchraně mého zdraví. V případě potřeby souhlasím i s podáním nezbytné transfuze krve.

Podpis pacienta/zákonného zástupce/opatrovníka*:

Já, níže podepsaný(á), MUDr., potvrzuji, že pacient(ka)/zákonný zástupce/opatrovník * byl(a) podrobně seznámen(a) se zdravotním stavem a s doporučeným výkonem a byl(a) informován(a) o možných komplikacích spojených s tímto výkonem, včetně všech důsledků odmítnutí tohoto výkonu.

V Chrudimi dne: vhod. Podpis lékaře:

Jmenovka a podpis svědka:

* nehodící se škrtněte