

INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTA S OPERAČNÍM VÝKONEM

Informovaný souhlas pacienta k provedení perkutánní endoskopické gastrostomie (PEG)

Vážená paní/ pane,

Vaše onemocnění Vám výrazně znesnadňuje nebo znemožňuje přijímat potravu ústy. Ve snaze zajistit příjem potravy do zažívacího traktu Vám ošetřující lékař doporučil podrobit se zavedení PEG. 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 výkonu a měl by být vodítkem k Vašemu dalšímu rozhovoru s ošetřujícím lékařem.

Proč se PEG zavádí

U nemocných, kteří nemohou z nejrůznějších důvodů přijímat potravu ústy lze tento problém vyřešit zavedením tenké hadičky, která je uložena v žaludku a ústí na povrch těla v oblasti nadbříšku. Hadička je k žaludku i ke kůži pevně fixovaná, nehrozí její vypadnutí. Touto hadičkou lze podávat speciálně upravenou tekutou výživu přímo do žaludku. Výhodou této formy výživy je její velká tolerance nemocným, jednoduchá aplikace i možnost PEG kdykoliv odstranit bez dlouhodobých nežádoucích následků.

Technika zavedení PEG

Před výkonem budou aplikovány utišující léky. Ústy je zaveden ohebný optický přístroj (gastroskop) do žaludku. Pak po lokálním znecitlivění provedeme vpich přes stěnu břišní a stěnu žaludku, zavedeme vodící nit do žaludku a pomocí endoskopu pak zavedeme PEG do žaludku a následně před břišní stěnu. Nakonec zajistíme PEG k břišní stěně bez nutnosti chirurgického stehu.

Příprava před vyšetřením

Šest hodin před zákrokem nesmíte jíst, pít ani kouřit. Lékaře vždy informujte o tom, jaké léky užíváte. Je nutné upozornit na léky, které snižují srážlivost krve (Anopyrin, Plavix, Warfarin, Lawarin atd.), jejichž užití před zákrokem by mohlo vést ke zvýšenému riziku. Též musíte uvést všechny alergie, pokud nějakými trpíte.

Komplikace

- Krvácení - může nastat v místě zavedení PEGu, výskyt komplikace je nízký, většinou lze ihned ošetřit při výkonu, pouze ve velmi malém počtu pacientů se toto nepodaří a stav si může vyžádat operační řešení.
- Lokální zánětlivá reakce v místě zavedení PEGu. Při výkonu je aplikováno lokální antibiotikum do místa zavedení PEGu. I přes to ve vzácných případech dojde ke vzniku lokální zánětlivé reakce. Ve většině případů se daří lokálně zánět ošetřit, jen v malém počtu je nutná chirurgický zákrok a odstranění PEGu
- Proděravění stěny tračníku a poranění jater - tato komplikace je vzácná, projeví se bolestmi břicha, zvracením, teplotou, je nutné doplnit vyšetření UZ břicha většinou chirurgické 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 se tyto potíže po výkonu objeví, je nutno okamžitě kontaktovat ošetřujícího lékaře.

Chování po vyšetření

Po výkonu je nutný klid na lůžku, do 24 hodin se provádí převaz. Pokud byste pocítoval/a obtíže výše uvedené, informujte neprodleně nás či svého ošetřujícího lékaře.

Alternativy (jiné možnosti)

Někdy lze výživu zajistit nasogastrickou sondou zavedenou přes nos, hltan a jícnem do žaludku. Vzhledem k povaze různých onemocnění však není vždy technicky možné nasogastrickou sondou zavést.

Podávání výživy do žíly je také možné, je však vždy vázáno na pobyt v nemocnici, je zde trvalé riziko infekce žilního vstupu a v neposlední řadě poškozuje funkci střeva, které je dlouhodobě vyraženo z činnosti.

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 jakýchkoli 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