

INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTA S VÝKONEM

Jícnové echokardiografické vyšetření (TEE)

Vážená paní/pane,

Vaše onemocnění vyžaduje podrobnější ultrazvukové vyšetření srdce. Proto Vám ošetřující lékař doporučil podrobit se transezofageální echokardiografii (TEE).

Co je TEE

Jde o neinvazivní vyšetřovací metodu, kdy je ultrazvuková sonda na konci ohebného endoskopu zavedena do jícnu (blíže srdci), což umožní následující vyšetření:

- podrobné zhodnocení srdečních chlopní (ozřejmění chlopněných vad, infekčních ložisek atd.)
- vyloučení přítomnosti krevních sraženin nebo jiných útvarů v srdečních dutinách
- vyšetření hrudní aorty při podezření na její onemocnění atd.

Jak se připravit

Nemocného vyšetřujeme nalačno (vyjma urgentních stavů). Nemocný tedy 6 - 8 hodin před výkonem nepije, nejí a nepolyká léky. Před vyšetřením nezapomeňte lékaře informovat, zda jste prodělali operace nebo onemocnění jícnu, žaludku či jater, zda trpíte alergií, zejména na Mesocain, zda máte poruchu krevní srážlivosti nebo umělý chrup.

Jak zákrok probíhá

Vyšetření i zavádění sondy se provádí nejčastěji vleže na levém boku po předchozí aplikaci lokálního anestetika do krku. Na přání pacienta nebo při špatné toleranci vyšetření je možno aplikovat injekci sedativa (po podání léku však není možné řídit vozidlo). Po znecitlivění krku nemocný polkne s asistencí lékaře a sestry endoskop s ultrazvukovou sondou. Samotné vyšetření je relativně krátké a již nečiní větší obtíže. Během vyšetření mohou být aplikovány echokardiografické kontrastní látky.

Po skončení vyšetření je nutné vyčkat ještě asi 30 minut v čekárně (pokud nejste hospitalizován/a). Dále je nezbytně nutné 2 hodiny po vyšetření nepít a nejíst neboť vzhledem k znecitlivění Vašeho krku by mohlo dojít k vdechnutí sousta.

Jaké jsou možné komplikace

TEE je obecně velmi bezpečné vyšetření, závažnější komplikace jsou vzácné. Raritně může dojít k poranění či perforaci jícnu či žaludku, což může vyžadovat chirurgickou revizi. Vdechnutí žaludečního obsahu je vzácné a hrozí zejména u nemocných, kteří nerespektují doporučení k lačnění před výkonem. Rovněž se může vyskytnout alergická reakce na podané léky nebo akutní dechová tíseň při křeči hrtanu.

Jaké jsou alternativy

Alternativou TEE vyšetření je prostá transtorakální echokardiografie (vyšetření přes hrudník). Nutno však upozornit na skutečnost, že toto vyšetření má výrazně menší rozlišovací schopnost a řada srdečních onemocnění tak nemusí být rozpoznána.

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