



SOUHLAS S PROVEDENÍM ZDRAVOTNÍHO VÝKONU V ENDOSKOPICKÉM CENTRU

Zdravotní výkon: **Endoskopické vyšetření horní části zažívacího traktu**

Údaje pacienta:

Jméno a příjmení, titul:

r. č.:

Pojišťovna:

event. u nezletilých zákonný zástupce, u osob omezených ve způsobilosti k právním úkonům opatrovník pacienta nebo svědek, který byl přítomen projevu souhlasu (nemůže-li se pacient podepsat):

Jméno a příjmení: R.č.

Bydliště:

Důvody, pro něž pacient nemohl souhlas podepsat:

Vážená paní/ vážený pane,
v souladu s Vaším zákonným právem na informace o plánovaném výkonu, který zamýšlíte na Endoskopickém centru podstoupit (dále také jen „výkon“), v souladu s platnými právními předpisy a za účelem, abyste získal/a dostatek informací a mohl/a se svobodně rozhodnout k provedení výkonu a dát za tímto účelem souhlas s jeho provedením, jsou níže uvedena poučení týkající se výkonu.
Na základě Vašeho aktuálního zdravotního stavu Vám byl lékařem doporučeno endoskopické vyšetření horní části zažívacího traktu – jícnu, žaludku, dvanácterníku tzv. ezofagogastroduodenoskopie.

Zjednodušené schematické znázornění

Indikace tohoto výkonu:

K vyšetření jste odeslán pro podezření na onemocnění jícnu, žaludku a dvanácterníku nebo pro posouzení aktivity či rozsahu onemocnění v případě již známé nemoci. Důvodem může být i plánovaná endoskopická léčba onemocnění.

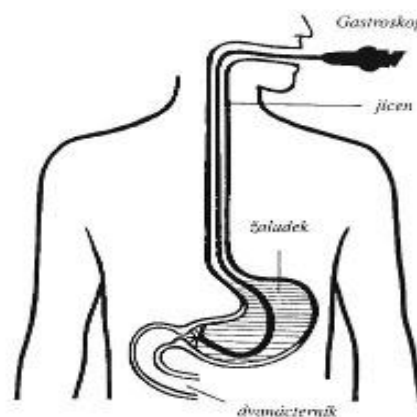
Kontraindikace výkonu:

Gastroskopie je kontraindikována u selhání srdce a oběhu, u šoku, bezvědomí, riziku vdechnutí zbytků potravy či krve. Stejně tak se gastroskopie neprovádí u nespolupracujících pacientů nebo těch, kteří nepodepsali informovaný souhlas.

Povinnosti pacienta před výkonem:

K vyšetření přichází pacient nalačno, nejméně 8 hodin před plánovaným výkonem nesmí nic jíst, pít, nekouřit, nebrat léky.

V případě potřeby Vám může být před vyšetřením dle ordinace lékaře aplikována premedikace.



Postup při provádění výkonu:

Ohebný přístroj (endoskop – videogastroskop) je zaveden ústy do jícnu a pod zrakovou kontrolou lékaře do dalších částí trávicího ústrojí. Vyšetření umožňuje přímé optické zobrazení sliznice, odběr vzorků k dalším vyšetřením, event. léčebný zákrok (např. ošetření – zastavení případného krvácení, odstranění polypu či jiné slizniční abnormální tkáně, zmenšení nádoru, zprůchodnění či rozšíření zúženého úseku trávicí trubice, odstranění cizího tělesa aj.).

Možná rizika a komplikace:

Absolutní bezrizikovitost svých opatření nemůže zaručit žádný lékař. Tato endoskopická metoda je jen vzácně spojena s rizikem komplikací (krvácení – časné nebo odložené, porušení stěny trávicího ústrojí). Některé léky zvyšují riziko krvácivých komplikací (warfarin, anopyrin, aspirin). Proto je nutné před

výkonem probrat s indikujícím či vyšetřujícím lékařem nemoci, kterými trpíte, a všechny léky, které užíváte. Je možné, že některé léky bude nutné přechodně vysadit či jinak upravit léčbu. Ve zvláštních případech (např. u pacientů s umělou srdeční chlopní) je třeba z bezpečnostních důvodů podat před vyšetřením preventivně antibiotika.

Abychom snížili riziko těchto komplikací na minimum, zodpovězte nám prosím, následující otázky:

Máte zvýšený sklon ke krvácení při malých poraněních nebo po vytržení zubů?	Ano	Ne
Máte nějakou alergii? Pokud ano uveďte:	Ano	Ne
Trpíte chronickým onemocněním? Pokud ano uveďte:	Ano	Ne
Vznikají Vám často na kůži krevní podlitiny:	Ano	Ne
Máte kardiostimulátor?	Ano	Ne
Užíváte léky proti srážení krve (warfarin, anopyrin, aspirin):	Ano	Ne

Léčebný režim po výkonu:

V případě nitrožilního nebo nitrosvalového podání premedikace může být dočasně snížena vaše pozornost, o režimu po výkonu vás poučí lékař.

Alternativy výkonu

Gastroskopie nemá žádnou srovnatelnou alternativu. Rentgenové vyšetření je méně přesná zobrazovací metoda, neumožňuje odběr vzorků sliznice ani endoskopickou léčbu

Prohlašuji, že jsem výše uvedeného pacienta (zákonného zástupce, opatrovníka) srozumitelným způsobem informoval(a) o provedení terapie, a to včetně upozornění na možné komplikace.

Datum:

Razítko/podpis lékaře:

SOUHLAS PACIENTA

Já, níže podepsaný(á), prohlašuji, že jsem byla lékařem srozumitelně seznámen(a) s veškerými shora uvedenými skutečnostmi včetně upozornění na možné komplikace. Údaje a poučení mi byly lékařem sděleny a vysvětleny, porozuměl(a) jsem jim a měl(a) jsem možnost klást doplňující otázky, které mi byly zodpovězeny. Lékařem jsem byl/a poučen/a o možnosti svůj souhlas s navrženým postupem kdykoliv odvolat.

Na základě poskytnutých informací a po vlastním zvážení souhlasím s provedením terapie.

Endoskopické centrum dne:

Podpis pacienta:
(opatrovníka nebo zákonného zástupce)