

## Informovaný souhlas s provedením zdravotního výkonu / služby: ENDOSKOPIE HORNÍHO TRÁVICÍHO TRAKTU (esophago-gastro-duodenoskopie)

**Pacient/ka:** \_\_\_\_\_ **Rodné číslo:** \_\_\_\_\_ **ZP:** \_\_\_\_\_  
*jméno, příjmení, titul*

**Zákonný zástupce, opatrovník:**

Jméno, příjmení, titul: \_\_\_\_\_ Narozen/a: \_\_\_\_\_

**Informující lékař:** MUDr. \_\_\_\_\_  
*jméno a příjmení*

**PROČ DOPORUČUJEME GASTROSKOPII?** Léčba nabízí tím lepší vyhlídky na úspěch, čím přesněji a dříve může lékař určit druh a rozsah onemocnění. Na základě Vašich potíží nebo jako preventivní opatření k časnému rozpoznání možných chorobných změn v zažívacím traktu se u Vás pokládá za žádoucí endoskopie jícnu, žaludku a dvanácterníku. Možná již předcházelo rentgenové vyšetření těchto orgánů a byl zjištěn nález, u kterého se má odběrem tkáně rozhodnout, zda musí být léčen operativně nebo medikamenty.

**CHOVÁNÍ – PŘÍPRAVA V DEN VYŠETŘENÍ** Od půlnoci před vyšetřením a 1 hodinu po něm NEJÍST, NEPÍT A NEKOUŘIT. Pokud jste dostal/a uklidňující injekci, nesmíte vzhledem k omezení Vašich reakcí během následujících 24 hodin řídit automobil nebo obsluhovat stroj.

**Předpokládané důsledky, následky a možná rizika výkonu:**

Absolutní bezrizikovitost svých opatření nemůže zaručit žádný lékař. Pokud nemáte zvláštní sklon ke krvácení, vede odběr vzorku tkáně pouze k malému krvácení. Alergické reakce na uklidňující injekci nebo umrtvení hltanu jsou velmi vzácné, nepřiměřený útlum po uklidňující injekci je rovněž vzácností, stejně tak poranění nástrojem. Vzácně může dojít k vylovení zubu (zejména u parodontózy) nebo poškození fixní zubní protézy nebo můstku.

Abychom snížili riziko krvácení a místního umrtvení na minimum, zodpovězte prosím následující otázky, odpověď označte křížkem:

1. Máte zvýšený sklon ke krvácení již při malých poraněních nebo po vytržení zubu?  ANO  NE
2. Vznikají Vám snadno na kůži krevní podlitiny nebo se k tomu vyskytuje náchylnost ve Vašem příbuzenstvu (pouze pokrevní příbuzní)?  ANO  NE
3. Trpíte sennou rýmou, přecitlivělostí vůči potravinám, lékům, náplastem, lékům na místní umrtvení?  ANO  NE
4. Jste těhotná?  ANO  NE
5. Trpíte chronickým onemocněním (např. zelený zákal, epilepsie)?  ANO  NE  
 Jestliže ano, kterým? \_\_\_\_\_
6. Užíváte léky snižující srážlivost krve (antikoagulační, antiagregační léčba)?  ANO  NE

**Předpokládaný postup zdravotního výkonu:**

U gastrokopie se posunuje ohebný nástroj ústní dutinou a jícnem do žaludku, popř. až do dvanácterníku. Pacient drží během vyšetření v zubech plastový chránič, který brání poškození endoskopu zuby pacienta.

Tento chránič nesmí pacient během vyšetření pustit ze zubů. Vyšetření není bolestivé, nepříjemné je pouze dávení pacienta, které může být individuálně minimální nebo větší intenzity.

Před vyšetřením se hltan lokálně znecitliví anestetickým sprejem a v případě větší dráždivosti může pacient dostat ještě zklidňující injekci. V průběhu vyšetření se vpravuje do žaludku vzduch, což může vyvolat pocit nadmutí a vede k říhání; není na místě se za tyto projevy stydět, je to normální. Odběr vzorku tkáně (biopsie) se provádí malými kleštěmi a je bezbolestný.

**Možné alternativy výkonu:**

Endoskopické vyšetření jícnu, žaludku a dvanácterníku nemá žádnou plnohodnotnou alternativu. Rentgenové zobrazovací metody nejsou dostatečně přesné, neumožní detailní přehlédnutí sliznice a odběr vzorku.

**Informace o léčebném režimu, preventivních opatřeních, která jsou vhodná, případně o potřebě poskytnutí dalších zdravotních služeb:**

Pokud jste dostal/a uklidňující injekci, nesmíte vzhledem k omezení Vašich reakcí během následujících 24 hodin řídit automobil nebo obsluhovat stroj.

*V případě výskytu komplikací* budou provedeny veškeré další potřebné a neodkladné výkony. Ve vybraných případech si může gastroscopie vyžádat změny léčebného režimu a preventivních opatření (několikadenní hospitalizace, opakované endoskopické vyšetření a další). Případné komplikace gastroscopie jsou zpravidla řešeny endoskopicky, ale mohou si vyžádat i nutnost chirurgické (operační) léčby.

V případě výskytu komplikací po provedeném vyšetření kontaktujte svého lékaře (případně gastroenterologickou ambulanci či pohotovost)

**Prohlášení pacienta / pacientky:**

**Byl/a jsem poučen** o svém právu se svobodně rozhodnout o navrhovaném postupu při poskytování zdravotní péče i o možnosti kdykoliv v budoucnu svůj souhlas odvolat, případně znovu udělit.

**Prohlašuji, že jsem byl/a poučen** o svém právu klást otázky a svobodně se rozhodnout, zda s navrženou zdravotní službou či zdravotním výkonem souhlasím či nikoli. **Prohlašuji, že podaným informacím rozumím**, nemám žádné další otázky, ani nejasnosti, a vyslovuji svůj svobodný informovaný souhlas s uvedenými zdravotními službami a výkony.

Současně **vyslovuji souhlas** s tím, aby byly provedeny i další zde neuvedené zákroky, výkony a poskytnuty další zdravotní služby, bude-li to potřebné pro ochranu mého života a zdraví a nebude-li možné vyžádat si další dodatečný informovaný souhlas. **Beru na vědomí**, že provedením zákroku, byť na náležité odborné úrovni, nemusí být dosaženo předpokládaného výsledku.

V Prachaticích, dne: \_\_\_\_\_, v \_\_\_\_\_ hodin. **Podpis pacienta/pacientky:** \_\_\_\_\_

**Podpis zák. zástupce, opatrovníka:** \_\_\_\_\_

**Podpis informujícího lékaře:** \_\_\_\_\_

**V případě, že se pacient / pacientka nemůže podepsat:**

**Prohlášení svědka**, který byl projevem souhlasu přítomen. Jméno, příjmení (není-li svědek zaměstnancem Nemocnice Prachatice, a.s., uvede se také adresa a datum narození svědka):

Prohlašuji, že pacient/ka přede mnou projevila/a, že po poskytnutém poučení souhlasí s poskytnutím zdravotních služeb/provedením výše uvedených výkonů včetně všech výše uvedených prohlášení.

Pacient/ka se nemůže podepsat z důvodu, že: \_\_\_\_\_

Pacient/ka projevila/a souhlas tak, že: \_\_\_\_\_

V Prachaticích, dne: \_\_\_\_\_, v \_\_\_\_\_ hodin. \_\_\_\_\_

*podpis svědka*