

Informovaný souhlas s provedením zdravotního výkonu / služby:

Zavedení PEG při endoskopii horního trávicího traktu (PEG - perkutánní endoskopická gastrostomie)

Pacient/ka: _____ Rodné číslo: _____ ZP: _____
jméno, příjmení, titul

Zákonný zástupce, opatrovník:

Jméno, příjmení, titul: _____ Narozen/a: _____

Informující lékař: MUDr. _____
jméno a příjmení

Účel, povaha, předpokládaný přínos tohoto výkonu:

Perkutánní endoskopická gastrostomie (PEG) je léčebný výkon, při kterém je přes kůži zaveden plastový katétr do žaludku. Výhodou představuje poskytnutí umělé výživy pacientovi v situaci, kdy nemůže přijímat potravu ústy. Plastový katétr je možno kdykoliv a jednoduše odstranit, pomine-li potřeba a důvod k umělé výživě.

Předpokládané důsledky, následky a možná rizika výkonu:

Zárok je indikován u pacientů neschopných přijímat stravu přirozenou cestou ústy. PEG katétr umožňuje podávat mixovanou potravu nebo umělou výživu přímo do žaludku.

Některé léky zvyšují *riziko krvácivých komplikací* (warfarin, heparin, anopyrin, aspirin aj.). Proto je nutné před zákrokem 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 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, precitlivělostí 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:

Pacient musí být nalačno, 8–12 hodin před výkonem NEJÍST, NEPÍT, NEKOUŘIT.

PEG katétr se zavádí za pomoci ohebného gastroskopu (někdy za RTG kontroly). Výkon není bolestivý. Protážení katétru přes kůži se provádí po předchozím místním znecitlivění a po nitrožilním podání potřebných léků (analgosedace). Pacient se zavedeným PEG může současně přijímat potravu ústy, pokud mu to zdravotní stav umožní.

Možné alternativy výkonu:

Alternativou PEG je chirurgické zavedení stomie při operaci. Dalšími možnostmi jsou umělá výživa infuzemi do centrální žíly (na krku) nebo tekutá umělá výživa podávaná tenkou sondou zavedenou nosem přes jícen a žaludek až do tenkého střeva.

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

V některých vybraných případech si může PEG vyžádat změny léčebného režimu a preventivní opatření (prodloužení hospitalizace, opakovaná endoskopická vyšetření a další). Případné komplikace zákroku jsou zpravidla řešeny endoskopicky a nechirurgicky (léky, infuze), ale mohou si vyžádat i operační (chirurgickou) léčbu. V případě podezření na komplikaci provedené perkutánní endoskopické gastrostomie kontaktujte lékaře.

Poučení o zacházení a péči o PEG bude pacientovi po výkonu vydáno na samostatném dokumentu.

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 projevu 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