

INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTA

s poskytnutím zdravotních služeb a provedením zdravotních výkonů

Pacient:

identifikační štítek
pacienta

Druh výkonu: GASTROSKOPIE

Informace pro pacienta:

Vážená pacientko, paciente,

bylo Vám navrženo provedení výše uvedeného zdravotního výkonu. Před vlastním výkonem s Vámi lékař/ka hovořil/a o účelu a možnostech provedení zákroku a seznámil/a Vás s možnými riziky a komplikacemi plánovaného výkonu, abyste se mohl/a rozhodnout a dát k provedení výkonu svůj souhlas.

Účel, povaha, předpokládaný přínos zdravotního výkonu:

Gastroskopie je endoskopické vyšetření horní části trávicího ústrojí, tj. jícnu, žaludku a dvanácterníku. Slouží k diagnostice a/nebo léčbě zjištěných onemocnění. K vyšetření jste odeslán/a 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. K vyšetření přichází pacient na lačno, nejméně 8 hodin před plánovaným výkonem nesmí nic jíst a 4 hodiny pít. V případě potřeby Vám může být před vyšetřením dle ordinace lékaře aplikována premedikace k zajištění klidnějšího průběhu vyšetření. Ohebný přístroj (endoskop – videogastroskop) je zaveden ústy do jícnu pod zrakovou kontrolou lékaře a 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, zprůchodnění či rozšíření zúženého úseku trávicí trubice, odstranění cizího tělesa, podvaz nebo opich cévy u jícnových varixů aj.).

Možná rizika spojená se zdravotním výkonem nebo službou:

Gastroskopie je spojena s velmi nízkým rizikem komplikací (krvácení – časně nebo odložené, porušení stěny trávicího ústrojí, zánětlivá komplikace dutiny břišní a hrudní, úmrtí).

Informace, zda existuje jiná alternativa či více alternativ, kromě navržené zdravotního výkonu, jaký je jejich možný přínos, důsledky a rizika a poučení o možnosti volby:

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

Informace o možném omezení v obvyklém způsobu života, v pracovní schopnosti, zdravotní způsobilosti, po provedení zdravotního výkonu

Pokud jsou nitrožilně podány před nebo v průběhu výkonu léky (tzv. analgosedace), budete po výkonu sledováni a poté předáni doprovodu. Po výkonu za asistence anesteziologa budete po výkonu na dospávacím pokoji. V následujících 24 hodinách byste měli dodržovat relativní fyzický klid, dále nesmíte 12 hodin po podání analgosedace řídit motorová vozidla, vykonávat činnost vyžadující zvýšenou pozornost a je zakázáno pít alkoholické nápoje. Ve většině případů je gastroscopie (a nejčastější následné výkony – zákroky) prováděna jako vyšetření ambulantní. V některých vybraných situacích jsou však nutné změny léčebného režimu a preventivních opatření (hospitalizace, opakované gastroscopické vyšetření a další). Případné komplikace jsou zpravidla řešeny gastroscopicky, ale mohou si vyžádat i operační (chirurgickou) léčbu.

1. Užíváte léky ovlivňující krevní srážlivost? Pokud ano, napište jaké. **ANO – NE**

2. Trpíte nějakou alergií? Pokud ano, napište jakou. **ANO - NE**

3. Máte kardiostimulátor, nějaké potíže se srdcem, plicní onemocnění nebo cukrovku? **ANO – NE**

4. Máte nějaké jiné závažné onemocnění? Pokud ano, napište jaké. **ANO - NE**

Prohlašuji,

- že jsem byl poučen/a o svém právu klást otázky a svobodně se rozhodnout, zda s navrženou zdravotní službou či zdravotním výkonem souhlasím či nikoli,

- že jsem lékařům nezamlčel/a žádné mně známé informace o mém zdravotním stavu, které by mohly nepříznivě ovlivnit moji léčbu nebo ohrozit mé okolí, zejména rozšířením přenosné choroby,

- že jsem byl/a informován/a, že svůj souhlas s poskytnutím zdravotních služeb mohu odvolat. Byl/a jsem rovněž poučen/a, že odvolání není účinné, pokud již bylo započato provádění výkonu, jehož přerušení může způsobit vážné poškození mého zdraví nebo ohrožení mého života,

- 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.

Podpis pacienta (zákonného zástupce):.....

Poznámky lékaře k rozhovoru s pacientem:.....

Podpis lékaře:.....datum.....