

## **Informovaný souhlas s poskytnutím zdravotních služeb/zdravotních výkonů**

# **ENDOSKOPIE HORNÍHO TRÁVICÍHO TRAKTU**

(esophago-gastro-duodenoskopie)

**Pacient:** Jméno, příjmení, číslo pojištěnce, pojišťovna (resp. štítek pacienta):

### **Účel, povaha, předpokládaný přínos zdravotního výkonu:**

#### **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 nic 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. V případě výše uvedené komplikace se poraďte se svým ošetřujícím (obvodním) lékařem, popřípadě máte možnost se poradit na tomto telefonním čísle: 388 600 248, popřípadě 388 600 247.

#### **Postup při provádění 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 hltn lokálně znečítliví 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 komplikace a rizika:**

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 hltnu jsou velmi vzácné, nepřiměřený útlum po uklidňující injekci je rovněž vzácností, stejně tak poranění nástrojem. Vzácně může dojít k vylomení zubu (zejména u paradentózy) nebo poškození fixní zubní protézy nebo můstku.

#### **Abychom snížili riziko krvácení a místního umrtvení na minimum, zodpovězte, prosím, následující otázky (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)? Jestliže ano, kterým?  
 ANO  NE Uveďte:.....

### Souhlas pacienta s poskytnutím zdravotní péče

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 náležitě odborné úrovni, nemusí být dosaženo předpokládaného výsledku.

V Prachaticích dne..... v ..... hod. ....  
podpis pacienta

Poučující lékař: .....  
jméno a příjmení ..... podpis

### V případě, že se pacient nemůže podepsat:

**Prohlášení svědka**, který byl projevem souhlasu přítomen.

Jméno a příjmení (není-li svědek zaměstnancem Nemocnice Prachatic, a.s., uveďte také adresu a datum narození svědka):

.....

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

Pacient se nemůže podepsat z důvodu, že:.....

Pacient projevem souhlas tak, že:.....

Podpis svědka: .....