INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno a příjmení:	**r. č.:**

Zákonný zástupce pacienta (jméno, příjmení):

Označení zdravotního výkonu/léčebného postupu (popřípadě několika výkonů/postupů):

PERKUTÁNNÍ ENDOSKOPICKÁ GASTROSTOMIE (PEG)

Účel, povaha, předpokládaný prospěch, následky a možná rizika zdravotního výkonu:

Perkutánní endoskopická gastrostomie je zavedení výživové sondy do žaludku přímo přes břišní stěnu. Tato sonda umožní podávání výživy přímo do žaludku a vyřeší tak problémy s polykáním.

Výkon se obvykle provádí pro zvýšení komfortu pacienta v sedaci/analgosedaci (podání krátkodobě působícího silného analgetika a tlumícího léku způsobující ospalost do žíly). Sedace/analgosedace snižuje vnímání bolesti v celém těle, pocity tlaku a dotyku zůstávají zachovány. Vlivem tišících léků aplikovaných nitrožilně může být pacient v polospánku a výkon si nemusí pamatovat.

Jaké jsou možné komplikace:

- krvácení do žaludku nebo krvácení či únik žaludečního obsahu do dutiny břišní; tato komplikace se objeví zcela výjimečně, stejně tak je naprosto výjimečná nutnost chirurgického řešení,
- infekce v okolí drénu,
- možnost vypadnutí drénu,
- alergická reakce na znecitlivující látku,
- bolest v místě vpichu,
- nežádoucí účinky spojené se sedací/analgosedací: bolesti svalů a hlavy, nevolnost, zvracení, přechodná ospalost, porucha koordinace a zadržení moče, závažné komplikace (alergická reakce, selhání dýchání či krevního oběhu, selhání ledvin a jater).

Jiné možnosti, jejich vhodnost, přínosy a rizika:

Alternativami PEG je gastrostomie založená při chirurgické operaci. Další alternativou je umělá výživa infuzemi do žíly nebo umělá výživa podávaná tenkou sondou zavedenou nosem přes jícen a žaludek do tenkého střeva.

Zdravotní výkon bude probíhat takto:

PEG se zavádí v průběhu endoskopického vyšetření žaludku (esofagogastroskopie). Podrobný popis tohoto vyšetření máte k dispozici v samostatném „Informovaném souhlasu".

Samotné zavedení PEG se provádí po místním znecitlivění břišní stěny, následně je proveden přes břišní stěnu vpich silnější jehlou a pod endoskopickou kontrolou je přes břišní stěnu protažena plastová (silikonová) hadička. Tato hadička je ve správné pozici uchycena plastovou objímkou.

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno a příjmení:	**r. č.:**

Omezení a doporučení ve způsobu života s ohledem na zdravotní stav a případné změny zdravotní způsobilosti po provedení uvedeného zdravotního výkonu:

Po výkonu je vhodný krátkodobý klid na lůžku. Někdy mohou být potřeba kontrolní krevní náběry. V den výkonu nemůžete jíst ani pít, ošetřující lékař Vám v případě potřeby podá infuze.

V případě podání sedace/analgosedace je nutné několikahodinové sledování pacienta na lůžku, po dobu odeznívání podaných tlumících léků. Po provedení výkonu je na určitou dobu (až 24 hodin) vlivem sedace/analgosedace ovlivněna schopnost soustředit se, přetrvávají poruchy koordinace či hybnosti.

PEG je možno začít využívat dle ošetřujícího lékaře, nejprve k podávání tekutin a po 2 - 3 dnech k podávání plnohodnotné výživy. Podrobný popis podávání výživy do PEG Vám poskytne ošetřující lékař, který Vám tento zákrok doporučil.

Zavedení PEG nebrání současnému příjmu potravy přirozenou cestou ústy, pokud to Váš stav umožní.

Případné odstranění PEG se většinou provádí při opětném endoskopickém vyšetření. Při dlouhodobém zavedení PEG je možné, že plastovou hadičku bude třeba vyměnit.

Další potřebná léčba:

Okolí sondy v místě zavedení je nutné udržovat v čistotě, v případě jakýchkoliv komplikací (povytažení až vytažení, ucpání, zarudnutí v místě zavedení) je nutné kontaktovat ošetřujícího lékaře.

Prohlašuji, že lékař, který mi poskytl poučení, mi osobně vysvětlil vše, co je obsahem tohoto písemného informovaného souhlasu a měl jsem možnost klást mu otázky, na které mi řádně odpověděl. Prohlašuji, že jsem shora uvedenému poučení a informacím plně porozuměl a výslovně souhlasím s provedením tohoto zdravotního výkonu:

V případě, že pacient je **nezletilý nebo s omezenou svéprávností** a je přiměřeně rozumově a volně vyspělý:

Prohlašuji, že jsem byl poučen v rozsahu, který je uveden výše.

Pokud pacientovi nebyly takové údaje poskytnuty, uvede se důvod jejich neposkytnutí:

V Praze dne

....

podpis pacienta / zákonného zástupce jméno, příjmení a podpis lékaře

.....

podpis nezletilého pacienta / pacienta s omezenou svéprávností

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno a příjmení:	**r. č.:**

Pokud pacient / zákonný zástupce se nemůže s ohledem na svůj zdravotní stav podepsat:

Důvod, pro něž pacient / zákonný zástupce není schopen se podepsat:

Způsob, jak pacient / zákonný zástupce projevil svou vůli:

.....

jméno, příjmení a podpis svědka