VŠEOBECNÁ FAKULTNÍ NEMOCNICE V PRAZE
U Nemocnice 499/2, 128 08 Praha 2 | IČ: 00064165, tel.: 224 961 111

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno a příjmení:	**r. č.:**
Zákonný zástupce pacienta (jméno, příjmení):	
Označení zdravotního výkonu/léčebného postupu (popřípadě několika výkonů/postupů): **ENDOSKOPICKÁ ULTRASONOGRAFIE**	

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

Účelem tohoto výkonu je vyšetření jícnu, žaludku, dvanácterníku, slinivky břišní a žlučových cest. Jde o spojení dvou metod, endoskopie (vyšetření optickým přístrojem) a sonografie (vyšetření ultrazvukem), v jedno vyšetření.

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.

Žádný endoskopický výkon není zcela bez rizika. Komplikace se vyskytnou zcela výjimečně, je popsána např. alergická reakce na látky podané při místním umrtvení, krvácení, proděravění trávicí trubice. Je nutné nás upozornit, máte-li sklon ke krvácení, jaké užíváte léky, nebezpečné z důvodu komplikací mohou být zejména ty, které prodlužují krevní srážlivost a případně poukázat na proběhlé alergické reakce (např. po podání místního umrtvení při stomatologickém zákroku).

Nežádoucí účinky spojené se *sedací/analgosedací* mohou být: 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:

Alternativa místo shora uvedeného lékařem doporučeného výkonu není.

Zdravotní výkon bude probíhat takto:

Vyšetření je obvykle nebolestivé, před zahájením výkonu provádíme znecitlivění hltanu anestetikem. Po podání *sedace/analgosedace* je přístroj zaveden dutinou ústní přes nosohltan do jícnu, žaludku a dvanácterníku. Do trávicího traktu je kanálkem přístroje vpravováno malé množství vzduchu nebo čisté vody, aby byly stěny od sebe oddáleny a bylo možné je prohlédnout. Je-li potřebný odběr vzorku tkáně (biopsie), provádí se drobnými klíšťkami nebo tenkou jehlou a je zcela bezbolestný.

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

Při použití místního znecitlivění při zavádění endoskopického přístroje se nesmí po dobu 2 hodin jíst a pít pro zvýšené riziko vdechnutí (aspirace) tekutin a potravin.

V případě podání *sedace/analgosedace* je nutné několikahodinové sledování pacienta na lůžku, po dobu odeznívání podaných tlumících léků.

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno a příjmení:	**r. č.:**

Po provedení výkonu je na určitou dobu (až 24 hodin) vlivem *sedace/analgosedace* ovlivněna schopnost soustředit se, přetrvávají poruchy koordinace či hybnosti. Nelze řídit následujících 24 hodin motorové vozidlo, ani obsluhovat stroj vyžadující zvýšenou pozornost.

V případě výkonu v *sedaci/analgosedaci* je nutné, aby měl pacient zajištěn doprovod na cestu domů.

Další potřebná léčba:

V případě, že bude během výkonu odebrán vzorek tkáně (biopsie), je doporučena po vyšetření krátkodobá hospitalizace.

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

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