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 (popřípadě několika výkonů): **TERAPEUTICKÁ ENDOSONOGRAFIE**	

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

Na základě Vašeho aktuálního zdravotního stavu Vám bylo Vaším lékařem/lékařkou doporučena endosonograficky navigovaná drenáž pseudocysty (dutiny) slinivky břišní. Pod ultrazvukovou navigací a obvykle také za rentgenové kontroly se provádí vnitřní drenáž této patologické dutiny, která obsahuje většinou tekutinu, hnis a/nebo zánětlivě změněné tkáně. Tímto postupem lze také propojovat orgány zažívacího ústrojí (žaludek, žlučník, žlučové cesty, střevní kličky) - v závislosti na charakteru onemocnění.

Důvodem pro provedení tohoto výkonu jsou obtíže, které jsou přítomností této patologické dutiny s tekutinou způsobeny, případě lze touto metodou řešit i neprůchodnost některých orgánů (žlučové cesty, trávicí trubice).

Lékař - endoskopista Vám zavede ultrazvukový endoskop do jícnu, žaludku a dále do dvanáctníku. Následně provede pod ultrazvukovou a případně i rentgenovou kontrolou propojení trávicí trubice (jícen, žaludek, dvanáctník, tenké střevo) a cílové dutiny nebo kličky střevní kovovým nebo plastovým stentem (výztuhou). V průběhu vyšetření je možné obsah drénované dutiny odebrat k dalšímu (laboratornímu, mikroskopickému, mikrobiologickému) vyšetření. Výkon bývá prováděn za analgosedace (podání krátkodobě působícího silného analgetika a tlumícího léku způsobující ospalost do žíly), vedené přítomným anesteziologem.

Rizika výkonu:

Endoskopický výkon může být doprovázen komplikacemi. Rizika mohou vyplývat z podávaných léků, případně se mohou se objevit reakce dechové, oběhové a komplikace endoskopické.

Samotné vyšetření může být komplikováno proděravěním zažívacího traktu, krvácením, případně infekcí. Tyto komplikace si mohou vyžádat další hospitalizaci a léčení, případně operační výkon.

Jiné možnosti, jejich vhodnost, přínosy a rizika:

Alternativou námi navrhovaného výkonu je chirurgický výkon. Výhodou endoskopického výkonu je menší invazivita (zásah) a zátěž pro organismus.

Zdravotní výkon bude probíhat takto:

Před vlastním vyšetřením je nutno odložit brýle, kontaktní čočky a vyjímatelné zubní náhrady.

Po navození analgosedace je vyšetření zahájeno obvykle v poloze na levém boku, vyšetřující lékař zavede endoskop do dutiny ústní a po polknutí bude zaveden do jícnu. Dále je přístroj pod optickou kontrolou zaveden do cílové části trávicí trubice (jícen/žaludek, dvanáctník). V ústech budete mít po celou dobu vyšetření ochranný náustek, který bude chránit endoskop před poškozením. Pomocí ultrazvukové sondy endoskopu budou zobrazeny příslušné orgány.

Podle příslušného nálezu bude vyšetření pokračovat invazivním výkonem, který spočívá v zavedení kovové a/nebo plastové výztuhy (stentu) do cílové struktury (pseudocysta, žlučovod, tenké střevo) pod ultrazvukovou a videokontrolou, kde bude ponechána do dalšího vyšetření.

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

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.:**

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 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 analgosedace ovlivněna schopnost soustředit se, přetrvávají poruchy koordinace či hybnosti. Nelze řídit následujících 24 hodin motorové vozidlo, ani obsluhovat stroj vyžadující zvýšenou pozornost.

Další potřebná léčba:

Po výkonu a odeznění analgosedace budete poučeni o výsledku provedeného vyšetření a dalším doporučeném postupu.

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

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

Prohlašuji, že jsem byl/a poučen/a 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/a se podepsat:

Způsob, jak pacient / zákonný zástupce projevil/a svou vůli:

.....

jméno, příjmení a podpis svědka