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): **EZOFAGOGASTRODUODENOSKOPIE – VYŠETŘENÍ JÍCNU, ŽALUDKU A DVANÁCTNÍKU**	

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

Účelem tohoto výkonu je vyšetření jícnu, žaludku a dvanácterníku přímým pohledem - endoskopem (optický přístroj pro zobrazení vnitřních dutin), vyšetření umožňuje také odběr vzorku tkáně.

Výkon spočívá v zavedení endoskopu, který má podobu hadice, přes dutinu ústní do zažívacího traktu.

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

Jako každý invazivní výkon i ezogastroduodenoskopie přináší možná rizika, ale nejsou častá.

Mezi uvedené komplikace řadíme:

- Nežádoucí účinky spojené s 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).
- Alergická reakce na místně znecitlivující látku.
- Zvracení během vyšetření a vdechnutí obsahu žaludku do dýchacích cest, které vyvolává kašel, pocit dušení, později i možnost rozvoje zánětu plic.
- Poranění stěny trávicí trubice nebo proděravění endoskopem nebo bioptickými klíšťkami.
- Krvácení do zažívacího traktu, převážně při některých onemocněních krvetvorby či poruchách srážlivosti.
- Uvíznutí endoskopu v trávicí trubici.

Komplikace obvykle znamenají hospitalizaci, někdy i chirurgickou léčbu.

Jiné možnosti, jejich vhodnost, přínosy a rizika:

Alternativou v některých případech může být rentgenové vyšetření s polykáním kontrastní látky. Uvedená alternativa nevyžaduje podstatnou spolupráci pacienta při výkonu. Není při ní však možný odběr vzorku tkáně. Tím přináší menší množství informací.

Zdravotní výkon bude probíhat takto:

Výkon se provádí vleže na levém boku a začíná lokálním znecitlivěním – rozprašovačem je znecitlivěna dutina ústní a hltan.

Po nástupu místního umrtvení a analgosedace se zavede endoskop dutinou ústní přes nosohltan do jícnu, žaludku a dvanácterníku. Kanálkem přístroje je vpravováno malé množství vzduchu, aby byly stěny trávicí trubice od sebe oddáleny a bylo je možné prohlédnout. Je-li potřeba provést odběr vzorku tkáně (biopsie), provádí se drobnými klíšťkami a je zcela bezbolestný. Výkon je ukončen vytažením endoskopu ze zažívacího traktu.

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:

Vyšetření pacienta výrazně neomezuje a není důvodem k pracovní neschopnosti.

Po výkonu, vzhledem k lokálnímu znecitlivění dutiny ústní a hltanu nelze 2 hodiny jíst a pít, z důvodu nebezpečí vdechnutí 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.

V případě podání analgosedace v průběhu výkonu je nutné, aby měl pacient zajištěn doprovod na cestu domů.

Další potřebná léčba:

Zpravidla do týdne je znám výsledek mikroskopického vyšetření, který vám bude sdělen.

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:

Zadejte důvod

V Praze dne Zadejte datum

.....
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: Zadejte důvod

Způsob, jak pacient / zákonný zástupce projevil svou vůli: Zadejte způsob

.....
jméno, příjmení a podpis svědka