

**Informovaný souhlas pacienta (zákonného zástupce pacienta)  
s přetětím stěny výchlípky horního jícnu**

Pacient – jméno a příjmení:	Rodné číslo (číslo pojištění):
Datum narození: (není-li rodné číslo)	Kód zdravotní pojišťovny:
Adresa trvalého pobytu pacienta: (případně jiná adresa)	
Jméno zákonného zástupce (opatrovníka):	Rodné číslo:

**Název výkonu****Divertikulotomie Zenkerova divertiklu  
přetětí stěny výchlípky horního jícnu****Účel výkonu**

Zenkerův divertikl je výchlípka (divertikl) v horním jícnu, která brání polykání a způsobuje městnání potravy ve výchlípce s vysokým rizikem vdechnutí potravy a následným možným aspiračním zánětem plic a poruchou výživy.

**Povaha výkonu****Příprava před výkonem**

Výkon se provádí nalačno, nejméně 8 hodin nesmíte nic jíst, pít jen čiré tekutiny, nekouřit, po domluvě s ošetřujícím lékařem neužívejte léky, odložte zubní protézu, diabetici si nesmí aplikovat inzulín. Před vyšetřením Vám podáme přípravek, který zamezí zpěnění spolykaných slin v žaludku, následně Vám znecitlivíme hrdlo, v případě nutnosti Vám dodatečně aplikujeme uklidňující nitrožilní injekci.

**Vlastní výkon:**

Výkon se provádí v analgosedaci – tedy aplikaci tlumivých léků. Je možné ho provést i v celkové anestezii. Endoskop nepřekáží volnému dýchání. Přístroj zavádíme v návleku k místu horní hrany výchlípky, kterou jehlovým nožem přetínáme a tím vytváříme volnou komunikaci mezi divertiklem a jícnem, čímž uvolňujeme cestu vstupu potravy do jícnu a obnovujeme běžné polykání.

**Po ukončení výkonu**

Pro znecitlivěné hrdlo nesmíte 2 hodiny nic jíst ani pít. Výsledek vyšetření Vám ihned sdělíme. V den ošetření budete na infuzní terapii bez příjmu potravy a tekutin ústy, v dalších dnech je povolena tekutá a následně kašovitá strava.

**Předpokládaný prospěch výkonu**

Obnova běžného polykání, uvolnění cesty vstupu potravy do jícnu.

**Alternativa výkonu**

Alternativní metodou je operační odstranění výchlípky při otevřené operaci ORL lékařem v celkové anestezii, nebo nověji přetětí zadní stěny jícnu staplerem, podobně jako u endoskopického ošetření. Endoskopické ošetření je metodou volby, hlavně u pacientů, kteří nejsou schopni podstoupit celkovou anestezii pro další onemocnění.

**Následky výkonu**

Po endoskopii může pacient pociťovat škrábání v krku.  
Následná hospitalizace je vhodná po dobu 1-3 dnů k zamezení komplikací a posouzení efektu léčby.

**Možná rizika zvoleného výkonu**

Komplikace jsou vzácné a jedná se o možné krvácení po naříznutí zadní stěny jícnu, které lze ošetřit opět endoskopicky. Ostatní komplikace jako perforace zažívací trubice jsou výjimečné.

Abychom snížili riziko komplikací a především alergické reakce na minimum, zodpovězte nám, prosím, následující otázky:

**pozn. Vaší odpověď zakroužkujte:**

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, průduškovým astmatem, přecitlivělostí vůči potravinám, lékům, náplastem, lékům na místní znecitlivění?	ANO	NE
4.	Trpíte chronickým onemocněním (např. zelený zákal, epilepsie, astma, cukrovka, srdeční slabost)? Jestliže ano, kterým:	ANO	NE
5.	Jste těhotná?	ANO	NE

**Souhlas:**

Byl(a) jsem srozumitelně informován(a) o alternativách výkonu prováděných ve Fakultní nemocnici Olomouc, ze kterých mám možnost volit.	ANO	NE
Byl(a) jsem informován(a) o možném omezení v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti po provedení příslušného zdravotního výkonu, v případě možné nebo očekávané změny zdravotního stavu též o změnách zdravotní způsobilosti.	ANO	NE
Byl(a) jsem informován(a) o léčebném režimu a preventivních opatřeních, která jsou vhodná, o provedení kontrolních zdravotních výkonů.	ANO	NE
Všem těmto vysvětlením a informacím, které mi byly lékařem sděleny a vysvětleny, jsem porozuměl(a), měl(a) jsem možnost klást doplňující otázky, které mi byly lékařem zodpovězeny.	ANO	NE

**Po výše uvedeném seznámení prohlašuji:**

- že souhlasím s navrhovanou péčí a s provedením výkonu a v případě výskytu neočekávaných komplikací, vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků nutných k záchraně života nebo zdraví, souhlasím s jejich provedením.	ANO	NE
- že jsem lékařům nezamlčel(a) žádné mně známé údaje o mém zdravotním stavu, jež by mohly nepříznivě ovlivnit moji léčbu či ohrozit mé okolí, zejména rozšířením přenosné choroby.	ANO	NE
- že v případě nutnosti dávám souhlas k odběru biologického materiálu (krev, moč...) na potřebná vyšetření k vyloučení zejména přenosné choroby.	ANO	NE

Datum	Hodina	Podpis pacienta nebo zákonného zástupce (opatrovníka)

Jméno a příjmení lékaře, který podal informaci	Podpis lékaře, který podal informaci

**Pokud se pacient nemůže podepsat, uveďte důvody, pro které se pacient nemohl podepsat:**

--

**Jak pacient projevil svou vůli:**

--

Jméno a příjmení zdravotnického pracovníka/svědka	Podpis zdravotnického pracovníka/svědka	Datum	Hodina