

Informovaný souhlas pacienta (zákonného zástupce pacienta) s Radiofrekvenční ablací Barrettova 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

Radiofrekvenční ablace Barrettova jícnu:

odstranění části sliznice jícnu pomocí tepelného účinku procházejícího elektrického proudu

Účel výkonu

Radiofrekvenční ablace je odstranění tzv. Barrettova jícnu, který vzniká v důsledku častého návratu žaludeční šťávy do jícnu a je spojen s rizikem vzniku zhoubného nádoru jícnu. Provádí se u pacientů, kteří mají časná stádia nádorového bujení a jsou ohroženi vznikem pokročilého nádoru.

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. Před vyšetřením Vám podáme přípravek, který zamezí zpěnění spolykaných slin v žaludku, znecitlivíme hrdlo sprejem a aplikujeme uklidňující nitrožilní injekci, kterou je někdy nutné opakovat.

Vlastní výkon:

Výkon se provádí pomocí optického přístroje - endoskopu, který se používá k běžnému vyšetření žaludku a dvanáctníku. Ošetření však trvá déle a je většinou nutné opakované zavedení přístroje.

Po ukončení výkonu:

Několik hodin po výkonu nesmíte nic jíst a pít, dle pokynu ošetřujícího personálu. Večer po výkonu obvykle lze pít čiré tekutiny. Během následujících dní se postupně přechází na běžnou stravu. Je nutné pravidelně užívat léky na potlačení produkce žaludeční kyseliny.

Předpokládaný prospěch výkonu

Odstranění poškozené sliznice jícnu, předejití komplikací onemocnění.

Alternativa výkonu

Operační odstranění celého jícnu nebo jiné endoskopické ablační metody, které však nevykazují tak vysokou efektivitu a jsou zatíženy vyšším rizikem komplikací než radiofrekvenční ablace.

Následky výkonu

Následná hospitalizace po výkonu je vhodná po dobu 1-3 dnů k zamezení komplikací a posouzení efektu léčby.

Možná rizika zvoleného výkonu:

Komplikace nejsou časté, nejčastější je přechodný tlak za hrudní kostí po výkonu, dále je možné nezávažné krvácení, praskliny sliznice nebo zúžení jícnu. Zcela výjimečné je proděravění jícnu. Většinu komplikací však lze řešit endoskopicky.

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