

**Informovaný souhlas pacienta (zákonného zástupce pacienta)  
s endoskopickou retrográdní cholangiopankreatikografií (ERCP)**

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**

**Endoskopická retrográdní cholangiopankreatikografie (ERCP):**  
vyšetření žlučových cest a vývodu slinivky břišní endoskopickým přístrojem.

**Účel výkonu**

Endoskopická retrográdní cholangiopankreatikografie (dále jako ERCP) je zobrazení žlučových cest a/nebo vývodu slinivky břišní endoskopickým přístrojem zavedeným k jejich vyústění ve dvanáctníku a jejich nástříkem kontrastní látkou pod rentgenovou kontrolou. V některých případech, se může jednat o přímé endoskopické zobrazení vývodů velmi tenkým endoskopem (cholangioskopie nebo pankreatikoskopie). Při ERCP jsou velmi často prováděny následně léčebné výkony, jako je protěť ústí vývodů ve dvanáctníku, odstranění kamenů ze žlučových cest, drenáž žlučových cest nebo vývodu slinivky břišní zavedením stentu atd.

**Povaha výkonu**

**Příprava před výkonem:**

Výkon se provádí nalačno, minimálně 6 hodin před výkonem nejíst, nepít a nekouřit.

**Vlastní výkon:**

Před vlastním výkonem se obvykle do žíly podává uklidňující injekce. Poté je endoskop zaveden ústní dutinou, hltanem, jícnem a žaludkem do dvanáctníku do místa vyústění žlučových cest a vývodu slinivky břišní (tzv. Vaterova papila). Do těchto ústí je poté zavedena tenká cévka a vstříknutí kontrastní látky jsou vývody pod rentgenem zobrazeny. Po vlastním zobrazení obvykle následují léčebné zákroky, jako je protěť ústí vývodů ve dvanáctníku, odstranění kamenů ze žlučových cest, drenáž žlučových cest nebo vývodu slinivky břišní zavedením stentu, rozšíření zúžení vývodů pomocí speciálního balónku nebo odběr vzorků k histologickému vyšetření. Součástí toho výkonu může být přímé endoskopické zobrazení žlučových cest a vývodu slinivky břišní velmi tenkým endoskopem s možností odebrání vzorků pod zrakovou kontrolou.

Podle snášenlivosti může být vyšetření v celkové anestézii za asistence anesteziologa.

**Po ukončení výkonu:**

V případě místního umrtvení 2 hodiny po výkonu nejíst a nepít, dle provedeného zákroku bude lačnění prodlouženo dle potřeby. Po výkonu následuje klid na lůžku a ve většině případů je po ERCP nutná krátkodobá hospitalizace. **V případě jakýchkoliv potíží (bolesti břicha atd.) nutné okamžitě upozornit ošetřujícího lékaře!!!**

**Předpokládaný prospěch výkonu**

Vyšetření žlučových cest a vývodu slinivky břišní pro určení druhu a rozsahu onemocnění a stanovení léčby, která bezprostředně na vyšetření navazuje.

**Alternativa výkonu**

Alternativou zobrazení žlučových cest a vývodu slinivky břišní je vyšetření ultrazvukem, počítačovou tomografií či magnetickou rezonancí. Tyto metody však obvykle neumožňují léčebné zákroky a odběr vzorků tkáně. Jedinou alternativou těchto léčebných výkonů při ERCP je chirurgický zákrok nebo zavedení drénu do žlučových cest přes břišní stěnu.

**Následky výkonu**

Po výkonu následuje nejméně 1denní hospitalizace s lačněním, podáváním infuzí, kontrolou základních životních funkcí a laboratorních hodnot.

### **Možná rizika zvoleného výkonu**

Možnými komplikacemi ERCP jsou akutní zánět slinivky břišní, akutní zánět žlučových cest, krvácení po protěti ústí žlučových cest nebo po odběru vzorků, alergie na podanou kontrastní látku, podání léků nebo místní znecitlivění krku. Velmi vzácně může dojít k proděravění střeva (perforace). Po výkonu můžete pocítit škrábání nebo jiné nepříjemné pocity v krku způsobené zavedením endoskopu přes ústa a hltan.

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	<b>Podpis pacienta</b> nebo zákonného zástupce (opatrovníka)

<b>Jméno a příjmení lékaře</b> , který podal informaci	<b>Podpis lékaře</b> , který podal informaci

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

--

#### **Jak pacient projevil svou vůli:**

--

<b>Jméno a příjmení zdravotnického pracovníka/svědka</b>	<b>Podpis zdravotnického pracovníka/svědka</b>	<b>Datum</b>	<b>Hodina</b>