

**Informovaný souhlas pacienta (zákonného zástupce pacienta)**  
**s perkutánní endoskopickou gastrostomií- PEG**

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**

**Perkutánní endoskopická gastrostomie (PEG):**  
endoskopické zavedení výživové sondy přes břišní stěnu do žaludku

**Účel a průběh výkonu:**

PEG je doporučena:

- u pacientů, kteří nemohou z různých důvodů, dlouhodobě nebo dočasně, přijímat potravu ústy nebo ji přijímají pouze v nedostatečném množství,
- nebo preventivně u pacientů před plánovanou radioterapií (ozáření) v oblasti krku a hlavy.

Jde o uměle vytvořený krátký kanálek (dlouhý 2- 3 cm), jehož jeden otvor ústí na kůži břicha a druhý v žaludku. Do toho kanálku je zaveden speciální set (tzv. gastrostomický (PEG) set), který slouží k podávání výživy a zabraňuje úniku stravy mimo žaludek. Tímto způsobem je zajišťován optimální přísun živin a tekutin do těla. Provádí se po zavedení gastrokopu do žaludku, kdy se následně zaváděčem projde přes kůži břicha do žaludku a pak se po vodiči ze žaludku ven vytáhne sonda. Ošetří se místo vstupu a sonda se připevní fixátorem na kůži. Na konec se správná poloha setu a průchodnost ověří gastrokopicky.

**Povaha výkonu:**

**Příprava před výkonem:**

- 6-8 hodin lačnění /nejíst, nekouřit a nepít,
- vyjmutí dentální protézy,
- odsátí sekretů,
- oholení břicha,
- v některých případech vysazení léků na ředění krve několik hodin až dnů před výkonem (dle typu užívaného léku a přidružených chorob pacienta).

**Vlastní výkon:**

Výkon je prováděn pod krytím antibiotiky, která se aplikují 30 min před a 48hodin po výkonu. Již zavedenou antibiotickou terapií z jiných indikací není nutné měnit. Provádí se stejně jako gastrokopie. Podle snášenlivosti může být bez podání premedikace, nebo s podáním premedikace (podání uklidňujícího léku – sedace, podání léku na uklidnění a od bolesti - analgosedace nebo celková anestézie za asistenci anesteziologa).

**Po výkonu:**

Po výkonu je pacient vždy hospitalizován, je kryt antibiotiky a je postupně zatěžován stravou. Během hospitalizace je pacient/ zákonný zástupce zacvičen v podávání výživy a péči o PEG.

***V případě jakýchkoliv potíží je třeba okamžitě upozornit ošetřujícího lékaře!***

**Odstranění PEG:** Pokud se pacientův stav zlepší natolik, že výživa cestou PEG již není třeba, PEG set se odstraní a místo vpichu (a kanálek) se do několika dní spontánně zatáhne a zahojí.

**Předpokládaný prospěch výkonu**

Zajištění kontinuální péče o hydrataci a výživu pacienta jak hospitalizovaného, tak i v domácím prostředí.

### **Alternativa výkonu**

Alternativou je chirurgické nebo radiologické zavedení sondy do žaludku či tenkého střeva, kdy není možnost provedení gastroskopie (pro vážné postižení jícnu, žaludku nebo devastující poranění hlavy a krku, atd.)

### **Následky výkonu**

Po výkonu bude mít pacient zavedenou plastovou sondu do žaludku přes kůži v horní polovině břicha. Po znecitlivění hrdla nesmíte 2 hodiny nic jíst ani pít. Péče o PEG a další následky Vám sdělí edukační nebo nutriční sestra. Výkon se provádí za hospitalizace na lůžkovém oddělení s nutností sledování po výkonu. Jsou možná omezení způsobu života a pracovní schopnosti. Následná hospitalizace je vhodná po dobu 1-3 dnů k zamezení komplikací a posouzení efektu sondy.

### **Možná rizika zvoleného výkonu:**

Možné komplikace jsou:

- mírné zarudnutí kůže břicha, popřípadě hnisání v okolí setu (infekce v oblasti průniku břišní stěnou), zcela výjimečně zánět pobřišnice,
- krvácení, otlak ve stěně žaludku nebo v břišní stěně (hematom - krevní výron),
- poškození jiných orgánů (tenkého střeva, atd.),
- komplikace z anestézie (alergická reakce na podané léky, atd.).

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

### **pozn. Vaši 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
Byl(a) jsem informován(a) o zdravotnickém prostředku, který mi bude implantován, včetně jeho příslušenství, spolu s pokyny týkajícími se mé bezpečnosti a mého chování, včetně toho, kdy mám vyhledat lékaře a kterým vlivům prostředí bych se neměl(a) vystavovat vůbec nebo jen při dodržování vhodných preventivních opatření.	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 lékařem 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

<b>Pokud se pacient nemůže podepsat, uveďte důvody, pro které se pacient nemohl podepsat:</b>			
<b>Jak pacient projevil svou vůli:</b>			
<b>Jméno a příjmení zdravotnického pracovníka/svědka</b>	<b>Podpis zdravotnického pracovníka/svědka</b>	<b>Datum</b>	<b>Hodina</b>