

**Informovaný souhlas pacienta (zákonného zástupce pacienta)
s gastroskopií (esofago-gastro-duodenoskopií)**

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

Gastroskopie (esofago-gastro-duodenoskopie):

vyšetření jícnu, žaludku a dvanáctníku endoskopickým přístrojem

Účel výkonu

K objasnění a vyřešení Vašich potíží nebo v některých případech jako preventivní opatření k časnému rozpoznání možných chorobných změn v jícnu a žaludku, je u Vás třeba provést gastroskopii, tedy vyšetření jícnu, žaludku a dvanáctníku endoskopickým přístrojem s možnými následnými léčebnými výkony, jako je odběr vzorku sliznice, odstranění polypů, zástava krvácení, ošetření varixů (křečových žil jícnu a žaludku), dilatace stenóz (rozšíření zúžených míst) atd. Jedná se o zavedení endoskopu ústy a přímé zobrazení jícnu, žaludku a dvanáctníku.

Povaha výkonu

Příprava před výkonem:

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

Vlastní výkon:

Při gastrokopii se posunuje ohebný endoskop ústní dutinou a hltanem do jícnu, žaludku a dvanáctníku. V případě potřeby se hltan místně umrtví anebo se podá uklidňující injekce. K dobré přehlednosti se vyšetřované orgány nafukují vzduchem nebo oxidem uhličitým. V případě potřeby se kleštěmi odebrá vzorek tkáně k histologickému nebo jinému vyšetření. V individuálních případech se během gastrokopie odstraňují polypy, obvykle pomocí kliček a elektrokoagulačního proudu. Krvácející místa lze ošetřit injekcí látky, která krvácení zastaví, nasazením kovové svorky nebo působením tepla elektrickou sondou. Jícnové křečové žíly lze ošetřit nasazením gumových kroužků nebo injekcí speciálního roztoku. Zúžená místa lze rozšířit speciálním balónkem.

Po ukončení výkonu:

V případě místního umrtvení hltanu 2 hodiny po výkonu nejíst a nepít, v případě podání uklidňující injekce 24 hodin neřídít automobil nebo obsluhovat stroje.

Po provedení některých léčebných zákroků může být nutný krátkodobý pobyt v nemocnici a doba lačnění se může prodloužit.

Předpokládaný prospěch výkonu

Vyšetření jícnu, žaludku a dvanáctníku endoskopickým přístrojem pro určení druhu a rozsahu onemocnění.

Alternativa výkonu

Alternativou je rentgenové vyšetření jícnu, žaludku a dvanáctníku s podáním kontrastní látky, které je však méně přesné a navíc neumožňuje odebrání vzorků tkáně a léčebné zákroky.

Následky výkonu

Po terapeutickém zákroku, zejména odstranění polypu, může být nutné několikadenní sledování za hospitalizace s vyloučením stravy, podáváním infusí a kontrolou krevního obrazu. **V případě jakýchkoliv potíží po vyšetření (bolesti břicha, známky krvácení atd.) nutné okamžitě upozornit ošetřujícího lékaře!!!**

Možná rizika zvoleného výkonu

Komplikace gastroscopie jsou vzácné a může se jednat o krvácení po odběru vzorku tkáně nebo po některém léčebném výkonu, alergickou reakci na uklidňující injekci nebo umrtvení hltanu a výjimečně o proděravění vyšetřovaného orgánu (perforace). Po gastroscopii můžete pociťovat škrábání nebo nepříjemné pocity v krku.

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
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 nezamíchl(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