

**Informovaný souhlas pacienta (zákonného zástupce pacienta)  
s pH metrií**

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

**Název výkonu**

**pH metrie:**  
vyšetření pH („kyselosti“) v koncové části jícnu

**Účel výkonu**

24-hodinová pH metrie jícnu: je vyšetření pH („kyselosti“) v koncové části Vašeho jícnu. Cílem tohoto vyšetření je 24 hodinové kontinuální měření hodnot pH („kyselosti“) v koncové části Vašeho jícnu. Naměřené hodnoty mají význam pro průkaz škodlivého návratu kyselých žaludečních šťáv nebo žluči do jícnu, který je odborně nazýván jako refluxní choroba jícnu. Tato choroba může mít řadu jak jícnových tak mimojícnových komplikací, kterým se dá při včasném průkazu a adekvátní léčbě předejít.

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

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

**Vlastní výkon:**

K měření se používá přes nos zavedená tenká sonda (asi 5 mm silná), na jejímž konci je citlivá elektroda, která je připojena k vyhodnocovacímu přístroji. K tomu, abychom dosáhli co nejpřesnějších výsledků měření, je nutná Vaše spolupráce. Řiďte se prosím proto pokyny vyšetřujícího lékaře.

**Po ukončení výkonu:**

V případě místního umrtvení hltanu 2 hodiny po výkonu nejíst a nepít.

**Předpokládaný prospěch výkonu**

Vyšetření pH (kyselosti) v koncové části jícnu.

**Alternativa výkonu**

Alternativní metoda je scintigrafické vyšetření jícnu, což je metoda nukleární medicíny, která ale není tak přesná a nepostihne celých 24 hodin a běžné životní aktivity, kdy reflux šťáv je možný.

**Následky výkonu**

Následky výkonu nejsou, **v případě jakýchkoliv potíží po vyšetření (bolesti břicha, známky krvácení atd.) nutné okamžitě upozornit ošetřujícího lékaře!!!**

**Možná rizika zvoleného výkonu**

Komplikace jsou výjimečné, většinou se jedná jen o netoleranci sondy v nose a přechodné podráždění hltanu.

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 nezamířel(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