

**Informovaný souhlas pacienta (zákonného zástupce pacienta)
s endoskopií - endoskopickou endosonografií**

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 endosonografie**

zobrazení stěny trávicí trubice a orgánů v její blízkosti pomocí malé ultrazvukové sondy

Účel výkonu

Endosonografie je určena k diagnostice chorob trávicí trubice a orgánů v její blízkosti pomocí malé ultrazvukové sondy, která je součástí endoskopu zavedeného ústy do jícnu, žaludku a dvanáctníku. Vzhledem k blízkosti sondy ke stěně trávicí trubice a přilehlých orgánů (slinivka břišní, žlučové cesty, část jater, mízní uzliny, břišní cévy atd.) je zobrazení velmi přesné. Pod endosonografickou kontrolou lze tzv. tenkojehlovou aspirační biopsií odebrat vzorek tkáně k upřesnění diagnózy.

Povaha výkonu**Před výkonem je nezbytné!**

- minimálně 6 hodin před výkonem nejíst, nepít a nekouřit

Vlastní výkon:

Před vlastním vyšetřením dle úvahy lékaře a po vzájemné domluvě s Vámi může být podána uklidňující injekce. Poté je endoskop zaveden ústní dutinou a hltnem do jícnu, žaludku a dvanáctníku. Pomocí sondy umístěné na konci endoskopu je zobrazována struktura stěny trávicí trubice a přilehlých orgánů jako je slinivka břišní, žlučové cesty, játra, mízní uzliny, břišní cévy a jiné. Trvání vyšetření je závislé na důvodu vyšetření a charakteru choroby. Při některých vyšetřeních se po zobrazení orgánů ihned provádí tzv. tenkojehlová aspirační biopsie, která spočívá v nebolestivém zavedení jehly přes stěnu trávicí trubice a v odběru vzorku tkáně k dalšímu vyšetření. Před některými biopsiemi je nutno jednorázově podat antibiotika.

Po výkonu je nezbytné!

- v případě místního umrtvení 2 hodiny po výkonu nejíst a nepít,
- po uklidňující injekci nesmíte 24 hodin řídit automobil, motocykl nebo obsluhovat stroje a zařízení, která vyžadují zvýšenou pozornost, z těchto důvodů je vhodné s sebou mít doprovod
- dle charakteru provedeného zákroku může být prodloužena doba lačnění
- v některých případech je po výkonu nutná krátkodobá hospitalizace

V případě jakýchkoliv potíží (bolesti břicha atd.) okamžitě upozornit ošetřujícího lékaře!!!**Předpokládaný prospěch výkonu**

Endosonografie je velmi specializované vyšetření, které kvůli své přesnosti není zcela nahraditelné jiným vyšetřením. Obvykle se provádí k upřesnění diagnózy až po provedení jiných zobrazovacích vyšetření jako je klasické ultrazvukové vyšetření, počítačová tomografie (CT), magnetická rezonance (MR), endoskopická retrográdní cholangiopankreatikografie (ERCP), pozitronová emisní tomografie (PET). Čím přesněji je stanovena diagnóza a určen rozsah onemocnění, tím lépe je stanoven další léčebný postup.

Alternativa výkonu

Alternativou endosonografie je ultrazvukové vyšetření, počítačová tomografie (CT), magnetická rezonance (MR) nebo pozitronová emisní tomografie (PET). Tyto metody ale nedosahují tak detailního zobrazení některých orgánů a navíc obvykle neumožňují odběr tkáně k dalšímu vyšetření.

Následky výkonu

V případě odběru vzorku tkáně může po výkonu následovat krátkodobá hospitalizace s prodloužením lačnění.

Možná rizika zvoleného výkonu

Komplikace endosonografie bez odběru vzorku tkáně jsou velmi vzácné, může se jednat o alergickou reakci na uklidňující injekci, místní umrtvení krku a antibiotika nebo poranění až protržení stěny trávicí trubice (perforace). V případě odběru vzorku tenkojehlovou biopsií může zřídka dojít k následnému krvácení, infekci místa vpichu a akutnímu zánětu slinivky břišní. 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. 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 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