

**Informovaný souhlas pacienta (zákonného zástupce pacienta)**  
**s endoskopickou pseudocystogastrostomií**

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 pseudocystogastrostomie:**  
endoskopická drenáž kolekce po zánětu slinivky břišní do žaludku

**Účel výkonu**

Pseudocysta pankreatu (slinivky břišní) je dutina vyplněná většinou tekutinou v blízkosti slinivky břišní, která vznikla v důsledku a jako komplikace zánětu slinivky břišní. Pseudocysta tlačí na okolní orgány, může se infikovat nebo prasknout do dutiny břišní, čímž ohrožuje zdraví a život pacienta.

**Povaha výkonu**

**Příprava před výkonem**

Výkon se provádí nalačno, nejméně 8 hodin nesmíte nic jíst, pít jen čiré tekutiny, nekouřit, po domluvě s ošetřujícím lékařem neužívejte léky, odložte zubní protézu, diabetici si nesmí aplikovat inzulín.

**Vlastní výkon**

Výkon se provádí v analgosedaci – aplikaci tlumivých léků.

Pomocí optického přístroje – endoskopu, se do zažívacího traktu vloží stenty (drény), které vytvoří komunikaci mezi dutinou a žaludkem, a tím zajistí vyprázdnění nežádoucí tekutiny z naplněné dutiny.

**Po ukončení výkonu**

Pro znečitlivěné hrdlo nesmíte 2 hodiny nic jíst ani pít. Výsledek vyšetření Vám ihned sdělíme. Stenty zavedené do pseudocysty jsou následně odstraněny opět endoskopicky za několik měsíců po kontrolním sonografickém vyšetření nebo CT (počítačová tomografie) po vyprázdnění pseudocysty a jejím zániku.

**Předpokládaný prospěch výkonu**

Vyprázdnění dutiny pseudocysty do zažívacího traktu. Odstranění bolestí břicha, tlaku na žaludek se zvracením, odstranění opakovaných zánětů způsobujících infekce dutiny, které ohrožují život pacienta.

**Alternativa výkonu**

Alternativou je chirurgické provedení pseudocystogastrostomie při otevřené břišní operaci v celkové anestezii.

**Následky výkonu**

Po endoskopii může pacient pociťovat škrábání v krku. Výkon se provádí za hospitalizace na lůžkovém oddělení s nutností intenzivního sledování po výkonu. Následná hospitalizace je vhodná po dobu 1-3 dnů k zamezení komplikací a posouzení efektu léčby.

**Možná rizika zvoleného výkonu:**

Komplikace jsou vzácné a jedná se o možné krvácení po vytvoření komunikace mezi dutinou a zažívacím traktem, pak únik vzduchu do dutiny břišní. Ve výjimečných případech je nutné následné chirurgické řešení.

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

<b>pozn. Vaší odpověď zakroužkujte:</b>			
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/případně může být 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 lékařům nezamítl(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:**

<b>Jak pacient projevil svou vůli:</b>			
Jméno a příjmení zdravotnického pracovníka/svědka	Podpis zdravotnického pracovníka/svědka	Datum	Hodina