**Informovaný souhlas pacienta**

**s endoskopií – esophago-gastro-duodenoskopií horního trávicího traktu**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Pacient/ka – jméno a příjmení: |  | Rodné číslo (číslo pojištěnce): |  |
| Adresa trvalého pobytu pacienta/ky: |  |

|  |
| --- |
| **Název výkonu****Endoskopie – esophago-gastro-duodenoskopie horního trávicího traktu** (zobrazení jícnu, žaludku a dvanácterníku optickým přístrojem), odběr vzorků k histologickému vyšetření a následné léčebné výkony - odstranění polypů |

|  |
| --- |
| **Účel výkonu**Vážená pacientko, paciente, velmi si vážíme důvěry, kterou jste nám projevila. Tento dokument Vám poskytne informace, které jsou nezbytné pro to, abyste se mohl(a) svobodně rozhodnout, zda a za jakých podmínek Vám provedeme endoskopii jícnu, žaludku a dvanácterníku.K objasnění a vyřešení Vašich potíží nebo jako preventivní opatření k časnému rozpoznání možných chorobných změn v trávicím traktu, je u Vás třeba provést endoskopii jícnu, žaludku a dvanácterníku – přímý pohled do Vašeho horního trávicího traktu pomocí endoskopu (přístroje s optikou). |

|  |
| --- |
| **Povaha výkonu****Před výkonem je nezbytné!*** minimálně 5 - 6 hodin před výkonem nejíst, nepít, nekouřit.

**Vlastní výkon:**U gastroskopie (vyšetření žaludku), která je zřídka bolestivá, se posunuje ohebný nástroj ústní dutinou a jícnem podobně jako žaludeční cévka do žaludku, popřípadě až do dvanácterníku. V případě nutnosti se hltan místně umrtví a Vy dostanete dodatečně uklidňující injekci. Vpravením vzduchu jsou sliznice zažívacího traktu a eventuální chorobné změny dobře přehledné. Odběr vzorku tkáně (biopsie) se provádí malými kleštěmi a je bezbolestný. Polypy mohou být odstraněny mechanicky kleštěmi nebo elektrickou kličkou. Krvácející místa lze ošetřit injekcí látky, která krvácení zastaví. Podobně lze krvácející místo ošetřit nasazením kovové svorky.**Po výkonu je nezbytné!*** 2 hodiny po výkonu nejíst, nepít,
* po uklidňující injekci 24 hodin neřídit automobil nebo obsluhovat stroj.

V případě odstranění většího polypu budete hospitalizováni v nemocnici a doba lačnění se prodlouží na nezbytně nutnou dobu.**V případě jakýchkoliv potíží po výkonu (bolesti břicha, krvácení atd.) okamžitě upozornit ošetřujícího lékaře!!!** |

|  |
| --- |
| **Předpokládaný prospěch výkonu**Čím přesněji a dříve může lékař určit druh a rozsah onemocnění, tím je větší naděje na úspěšnou léčbu.  |

|  |
| --- |
| **Možná rizika zvoleného výkonu****Možné komplikace:**Úspěch lékařských výkonů a jejich absolutní nerizikovost nelze nikdy zcela zajistit. Nejčastější možné komplikace jsou:* malé krvácení (pokud netrpíte zvláštním sklonem ke krvácení),
* alergická reakce na uklidňující injekci nebo umrtvení hltanu,
* poranění nástrojem.
 |

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***Vzor vyplnění (zatržení):*** | **Zakroužkujte správnou odpověď** |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. Máte zvýšený sklon ke krvácení již při malých poraněních nebo po vytržení zubu?
 | ANO | NE |
| 1. Vznikají Vám snadno na kůži krevní podlitiny nebo se k tomu vyskytuje náchylnost ve Vašem příbuzenstvu (pouze pokrevní příbuzní)?
 | ANO | NE |
| 1. Trpíte sennou rýmou, průduškovým astmatem, přecitlivělostí vůči potravinám, lékům, náplastem, lékům na místní znecitlivění?
 | ANO | NE |
| 1. Trpíte chronickým onemocněním (např. zelený zákal, epilepsie, astma, cukrovka, srdeční slabost)?

Jestliže ano, kterým? | ANO | NE |
| 1. Jste těhotná?
 | ANO | NE |

**Souhlas:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 poučením, které mi byly zdravotnickým pracovníkem sdělenya vysvětleny, jsem porozuměl(a), měl(a) jsem možnost klást doplňující otázky, které mi byly zdravotnickým pracovníkem 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 na potřebná vyšetření. | ANO | NE |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Datum: | Hodina | **Podpis** pacienta/ky nebo zákonného zástupce |
|  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Jméno, příjmení** lékaře, který podal informaci  | **Podpis** **lékaře,** který podal informaci |
|  |  |