

GASTROSKOPIE

Informovaný souhlas pacienta s výkonem

Jméno a příjmení:	Rodné číslo:
Datum narození:	Zdravotní pojišťovna:
Jméno zákonného zástupce (opatrovníka):	Rodné číslo:

Gastroskopie: zobrazení jícnu, žaludku a dvanáctníku endoskopickým přístrojem

Účel výkonu:

Gastroskopie je výkon k objasnění Vašich zdravotních potíží nebo v některých případech jde o preventivní vyšetření možných chorobných změn v trávicím traktu. Během gastroskopie je možno provést výkony, jako je odběr vzorku sliznice, odstranění polypů, zástava krvácení atd. Jedná se o zavedení endoskopu ústy a zobrazení jícnu, žaludku a dvanáctníku.

Povaha výkonu:

Před výkonem je nezbytné!

- minimálně 6 hodin před výkonem nejíst, nepít, nekouřit (většinou tedy nesnídat)

Vlastní výkon:

Při gastroskopii se zavádí ohebný endoskop dutinou ústní dutinou do hltanu, jícnu, žaludku a dvanáctníku. V případě potřeby se hltan místně umrtví a/nebo se podá uklidňující injekce. K dobré přehlednosti se vyšetřované orgány nafukují vzduchem. V případě potřeby se odebírá vzorek tkáně k histologickému nebo jinému vyšetření. V individuálních případech se během gastroskopie odstraňují polypy, obvykle pomocí kliček a elektrokoagulačního proudu. Krvácející místa lze ošetřit injekcí nebo svorkou, která krvácení zastaví.

Po výkonu je nezbytné!

- v případě místního umrtvení hltanu 2 hodiny po výkonu nejíst a nepít
- v případě podání uklidňující injekce 24 hodin neřídít automobil nebo obsluhovat stroj
- po provedení některých léčebných zákroků může být nutný krátkodobý pobyt v nemocnici a doba lačnění se může prodloužit
- **V případě potíží po vyšetření (bolesti břicha, známky krvácení atd.) nutně upozornit lékaře!**

Předpokládaný prospěch výkonu:

Čím přesněji a dříve může lékař určit druh a rozsah onemocnění, tím je větší naděje na úspěšnou léčbu.

Alternativa výkonu:

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

Možná rizika zvoleného výkonu:

Komplikace jsou velice vzácné. V ojedinělých případech může být vyvoláno krvácení ze sliznice trávicího traktu, může být porušena stěna orgánů nebo dojít k alergické reakci na lokální anestetikum nebo na léky podané před vyšetřením. Většinu komplikací je lékař schopen ošetřit již v průběhu výkonu. V extrémním případě si léčení komplikace může vyžádat chirurgický zákrok, k takovým komplikacím endoskopie však dochází zcela výjimečně.

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

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, jakým?	ANO	NE
5. Jste těhotná?	ANO	NE

Souhlas:

Byl jsem srozumitelně informován o povaze výkonu a alternativách výkonu.	ANO	NE
Byl jsem informován 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 jsem informován 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, měl 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 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

Datum	Hodina	Podpis pacienta nebo zákonného zástupce (opatrovníka)

Jméno a příjmení lékaře, který podal informaci	Podpis lékaře, který podal informaci

Jméno a příjmení lékaře, který vyšetření provádí	Podpis lékaře, který vyšetření provádí