INFORMOVANÝ SOUHLAS S VÝKONEM
GASTROSKOPIE

Centrum gastroenterologie s.r.o.

Příjmení, jméno, titul:	
Rodné číslo:	

Vážená paní, vážený pane,

Váš ošetřující lékař Vám doporučil vyšetření – gastroskopie.
Informace uvedené níže Vám pomohou připravit se na rozhovor s lékařem, který Vás bude informovat o navrhovaném postupu, abyste se mohl/a rozhodnout a dát souhlas k jeho provedení. Podle Úmluvy o lidských právech a biomedicíně a v souladu se zákonem č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování v platném znění, jsme povinni Vám poskytnout srozumitelné informace k seznámení se se způsobem a účelem plánovaného vyšetření včetně očekávaných následků a možných nebezpečí pro zdraví a tím Vám umožnit se informovaně rozhodnout o jeho provedení nebo odmítnutí. Máte právo plánovaný výkon předem odmítnout. Při poskytování lékařské péče se řídíme metodickými doporučeními odborných lékařských společností a medicínou založenou na důkazech – evidence based medicine. Bezpečí pacienta je za všech okolností prioritní.

ZDRAVOTNÍ VÝKON A JEHO ÚČEL

Gastroskopie je endoskopické vyšetření horní části trávicího traktu (jícen, žaludek, dvanáctník), které umožňuje přímé zobrazení sliznice vyšetřovaných orgánů. Dle potřeby je v průběhu vyšetření provedený odběr vzorků ze sliznice k histologickému vyšetření a případné léčebné zákroky (ošetření krvácení, odstranění abnormální tkáně, odstranění cizího tělesa, odstranění polypů).

ALTERNATIVNÍ MOŽNOSTI VÝKONU

Gastroskopie nemá žádnou srovnatelnou alternativu. Rentgen jícnu, žaludku a duodena je méně přesná zobrazovací metoda, bez možnosti odběrů slizničních vzorků.

PŘÍPRAVA K VÝKONU

Vyšetření se provádí nalačno – nejezte minimálně 6 hodin před začátkem vyšetření, ideálně od půlnoci, tekutiny stačí vynechat 2 hod. před vyšetřením. V tuto dobu můžete užít i své pravidelné léky. Večer a v den vyšetření nekonzumujte alkoholické nápoje, 6 hod. před vyšetřením neužívejte antacida (Maalox, Rennie, Gaviscon, Talcid, Anacid). Před diagnostickou gastroskopií obvykle není nutné vysazovat či přerušovat léky ovlivňující krevní srážlivost. Pokud se léčíte s cukrovkou, konzultujte úpravu medikace se svým diabetologem.

ZPŮSOB VYŠETŘENÍ

Vyšetření se provádí vleže na levém boku, po předchozí lokální anestesii hrdla pomoci Lidocain spreje. V určitých případech lze současně za účelem lepší tolerance vyšetření podat uklidňující léky (sedace, analgosedace). Tyto jsou aplikovány nitrožilně, po předchozím zavedení periferní žilní kanyly a jejich podání je spojeno s omezením denního režimu po vyšetření a vyžaduje přítomnost doprovodné osoby, která Vám zajistí po vyšetření bezpečnou dopravu domů. Po úvodní přípravě (lokální anestesie a/nebo sedace, analgosedace) je pod zrakovou kontrolou vyšetřujícího lékaře zavedený ohebný přístroj (endoskop) ústní dutinou do jícnu, žaludku a dvanáctníku.

MOŽNÉ KOMPLIKACE

Jsme povinni Vás upozornit, že žádný zásah do tělesné integrity není zcela bez rizika. Komplikace se při a po vyšetření v určitém, i když v malém procentu vyskytují. Gastroskopie je vzácně spojena s komplikacemi jako je krvácení (časné nebo pozdější) nebo porušení stěny vyšetřovaných orgánů. Riziko krvácivých komplikací zvyšují léky ovlivňující krevní srážlivost – jejich užívání je nutné před vyšetřením hlásit vyšetřujícímu lékaři. Případné komplikace jsou zpravidla řešeny endoskopicky, ve vzácných případech si však můžou vyžádat chirurgické řešení. Léky používané k sedaci mohou kromě vědomí ovlivnit také činnost krevního oběhu a dýchání, a to po dobu až 24 hod. od jejich podání.

REŽIM PO VYŠETŘENÍ

Podání lokální anestesie hrdla obvykle vyžaduje omezení příjmu jídla tekutin asi 1-2 hodiny po vyšetření – do odeznění anestesie. Nedodržení režimu je spojeno s rizikem vdechnutí a udušení. Po podání sedace/analgosedace musíte dodržovat tato omezení: do rána následujícího dne (nejlépe po dobu 24 hodin) nesmíte pečovat o děti nebo jiné osoby vyžadující pomoc, chodit do zaměstnání, konzumovat alkoholické nápoje, jezdit sám hromadnou dopravou, řídit dopravní prostředek včetně kola, ovládat stroje nebo provádět jakékoli činnosti, u kterých je vyžadovaná zvýšená pozornost, používat ostré předměty, odjíždět na delší cesty, zůstat přes noc sám bez dohledu dospělého doprovodu, činit významná, zejména právně závazná rozhodnutí a podepisovat právní dokumenty. Po podání sedace byste měl/a nejméně do rána následujícího dne zůstat doma, odpočívat, jíst pouze malé porce lehkých jídel.

PTEJTE SE NA VŠECHNO, CO SE VÁM ZDÁ DŮLEŽITÉ před provedením vyšetření a před udělením souhlasu!

PROHLÁŠENÍ OŠETŘOVANÉ OSOBY

Prohlašuji a potvrzuji, že mi byly poskytnuty informace k plánovanému výkonu. Vše mi bylo vysvětleno jasně a srozumitelně. Měl/a jsem možnost vše si řádně, v klidu a dostatečně poskytnutém čase zvážit, měl/a jsem možnost se lékaře zeptat na vše, co jsem považoval/a za pro mě podstatné a potřebné vědět a probrat s ním vše, čemu jsem nerozuměl/a. Na dotazy jsem dostala jasnou a srozumitelnou odpověď. Byl mi objasněn postup a způsob provedení gastroskopie, účel a důsledky postupu, včetně možných rizik. Souhlasím s navrhovaným provedením popsaného výkonu a vším, co s tím souvisí. V případě výskytu neočekávaných komplikací, vyžadujících neodkladné provedení dalších organizačních a léčebných kroků (opatření) nutných k záchraně mého života nebo zdraví, souhlasím s tím, aby byly provedeny dle uvážení lékaře. Souhlasím s prováděním zdravotnických úkonů nezbytných ke stanovení diagnózy a k zajištění léčby, např. aplikace injekcí, infuzí, odběry biologického materiálu a další potřebné a kontrolní vyšetřovací zdravotnické výkony a metody.
Prohlašuji, že jsem seznámen/a s riziky a případné komplikace popsané shora beru na vědomí a nepovažuji je v případě jejich vzniku za škodu na zdraví způsobenou při plánovaném výkonu, pokud bude ošetření provedeno řádně (lege artis).
Prohlašuji, že jsem nezamlčela žádné mně známé údaje o svém zdravotním stavu, které by mohly nepříznivě ovlivnit moji léčbu nebo ohrozit mé okolí.

Na základě tohoto poučení prohlašuji, že jsem porozuměl/a poskytnutým informacím a SOUHLASÍM s provedením výkonu. SOUHLASÍM/NESOUHLASÍM s podáním analgosedace.

…… ……
Podpis pacienta ev. jeho zákonného zástupce **Jmenovka a podpis lékaře**

V ……, dne …… v hod. ……