

Informovaný souhlas pacienta / zákonného zástupce Gastroskopie

Jméno:..... Příjmení:..... r.č.:.....

Vážená paní, Vážený pane,

protože se významným způsobem podílíte na diagnostickém a léčebném postupu navrženém u Vaší osoby, máte právo být před Vaším rozhodnutím o těchto postupech podrobně informován/a.

Důvod (indikace) tohoto výkonu:

Na základě Vašeho aktuálního zdravotního stavu a předchozích vyšetření Vám bylo lékařem doporučeno provedení gastroskopie. Gastroskopie je endoskopické vyšetření horní části trávicího ústrojí, tj. jícnu, žaludku a dvanácterníku.

Slouží k diagnostice a/nebo léčbě zjištěných onemocnění jícnu, žaludku nebo dvanácterníku. Důvodem může být i plánovaná endoskopická léčba onemocnění.

Jaký je postup při provádění výkonu:

Ohebný přístroj (endoskop - videogastroskop) je zaveden ústy nebo nosem - podle typu přístroje - do jícnu a pod zrakovou kontrolou lékaře do dalších částí trávicího ústrojí. Vyšetření umožňuje přímé optické zobrazení sliznice, odběr vzorků k dalším vyšetřením, event. léčebný zákrok (např. ošetření - zastavení případného krvácení, odstranění polypu či jiné abnormální tkáně, zmenšení nádoru, zprůchodnění či rozšíření zúženého úseku trávicí trubice, odstranění cizího tělesa aj.).

Alternativy výkonu:

Gastroskopie nemá žádnou srovnatelnou alternativu. Rentgenové vyšetření, CT, magnetická rezonance jsou zobrazovací metody, které neumožní odběr vzorků sliznice ani endoskopickou léčbu.

Jaké jsou možné komplikace a rizika:

Výhodou endoskopie je přímé zobrazení horní části trávicího ústrojí, v případě potřeby odebrání vzorků sliznice k dalším vyšetřením a možnost event. léčebného zákroku. Gastroskopie je jen vzácně spojena s rizikem komplikací (krvácení - časné nebo odložené, porušení stěny trávicího ústrojí). Některé léky zvyšují riziko krvácivých komplikací (Warfarin, Anopyrin, Clopidogren, Xarelto, Eliquis, Pradaxa). Proto je nutné před gastroskopií probrat s vyšetřujícím lékařem nemoci, kterými trpíte, a všechny léky, které užíváte. Je možné, že některé léky bude nutné přechodně vysadit či jinak upravit léčbu.

Výsledky vyšetření:

Výsledek vyšetření sděluje lékař pacientovi po výkonu. V případě, že byly provedeny biopsie (odběry vzorků), trvá jejich vyhodnocení asi 1-2 týdny, jejich výsledky pacientovi sděluje lékař endoskopické ambulance nebo jeho praktický lékař, kterému výsledky zasíláme.

Jaký je režim pacienta před výkonem:

K vyšetření přichází pacient na lačno, nejméně 8 hodin před plánovaným výkonem nesmí nic jíst, pít, kouřit, nebrat léky. V případě potřeby Vám může být před vyšetřením dle ordinace lékaře aplikována premedikace tj. podávání léků k útlumu neurovegetativního systému před výkonem.

Jaký je režim pacienta po provedení výkonu:

V případě nitrožilního či nitrosvalového podání, tzv. premedikace (analgosedace), by se měl pacient 24 hodin po výkonu vyhnout fyzické zátěži a 12 hodin nesmí řídit motorová vozidla či vykonávat činnost, která vyžaduje zvýšenou pozornost. Pacient by též neměl po výkonu používat léky snižující pozornost (sedativa) a neměl by pít alkoholické nápoje.

Ve většině případů je gastroskopie (a nejčastější následné výkony - zákroky) prováděna jako vyšetření ambulantní.

V některých vybraných situacích jsou však nutné změny léčebného režimu a preventivních opatření (hospitalizace, opakované gastroskopické vyšetření a další). Případné komplikace jsou zpravidla řešeny gastroskopicky, ale mohou si vyžádat i operační (chirurgickou) léčbu.

Otázky a dotazy:

Neváhejte a zeptejte se na jakékoliv další podrobnosti, které byste chtěl/la ještě vědět. Váš ošetřující lékař Vám Vaše otázky ochotně zodpoví.

Jestli jste s plánovaným zákrokem dostatečně srozuměn/a, vyplňte, prosím, následující krátký dotazník a vyjádřete svůj souhlas či nesouhlas s provedením výkonu (viditelně označte vždy správnou odpověď či eventualitu)

1. Máte zvýšený sklon ke krvácení - například snadno vznikající modřiny, krvácení z dásní při čištění zubů, vykašlávání nebo zvracení krve či černou stolicí? NE - ANO
2. Byl/a jste někdy na něco alergický/á či precitlivělý/á? NE - ANO
3. Trpíte nějakou další vážnou chorobou? NE - ANO (vypište jakou):
4. Jaké léky užíváte? NE - ANO (vypište jaké):
5. Jste těhotná? NE - ANO

Souhlas pacienta (zákonného zástupce):

Po seznámení se s uvedenými skutečnostmi prohlašuji, že lékařům z mé strany nebyly zamlčeny žádné známé údaje o mém zdravotním stavu, které by mohly nepříznivě ovlivnit moji léčbu nebo ohrozit mé okolí. Souhlasím s provedením navrhovaného výkonu a bude-li to nutné i s jeho rozšířením dle úsudku lékaře. Souhlasím s provedením laboratorních vyšetření potřebných k provedení zákroku. V případě nutnosti souhlasím s podáním krve či jejího derivátu.

Prohlášení lékaře:

Prohlašuji, že jsem výše uvedeného pacienta (zákonného zástupce) srozumitelným způsobem informoval o jeho zdravotním stavu (o zdravotním stavu osoby jím zastupované) a o veškerých shora uvedených skutečnostech, plánovaném vyšetření, léčebném postupu, a to včetně upozornění na možné komplikace a na případné alternativy.

Datum:

Jméno, příjmení, podpis lékaře:

Souhlas pacienta (zákonného zástupce):

Já, níže podepsaný, prohlašuji, že jsem byl lékařem srozumitelně informován o svém zdravotním stavu (o zdravotním stavu osoby mnou zastupované) a o veškerých shora uvedených skutečnostech: o navrhované léčbě, o možných výhodách a rizicích navrhované léčby, o možných alternativách a o problémech, které je možno očekávat v průběhu údravy. Údaje a poučení mi byly lékařem sděleny a vysvětleny, porozuměl jsem jim a měl jsem možnost klást doplňující otázky, které mi byly lékařem zodpovězeny. Na základě poskytnutých informací a po vlastním zvážení souhlasím s provedením vyšetření, léčebným postupem (viz. výše).

Na základě poskytnutých informací a po vlastním zvážení souhlasím s provedením dalších zdravotních výkonů, pokud by jejich neprovedení bezprostředně ohrozilo můj život nebo zdraví.

Jako zákonný zástupce prohlašuji, že v přiměřeném rozsahu a formě bylo poučení poskytnuto osobě mnou zastupované.

Současně také prohlašuji, že jsem lékaři sdělil všechny mně známé důvody, které by mohly zkomplikovat klidný průběh zdravotního výkonu (zejména užívané léky, alergie a všechna přidružená onemocnění).

Datum:

.....

Podpis pacienta,
zákonného zástupce

Identifikace zákonného zástupce:

Jméno a příjmení: Datum narození:

Vztah k pacientovi:

Nemůže-li se pacient (zákonný zástupce) podepsat, podepíše se svědek, který byl přítomen projevu souhlasu:

Jméno a příjmení svědka:

Důvod nepodepsání souhlasu:

Způsob, jakým pacient projevil vůli:

Datum:

.....

Podpis svědka