**Sdružené zdravotnické zařízení Krnov**

 I. P. Pavlova 552/9, Pod Bezručovým vrchem, 794 01 Krnov
IČ 00844641

**INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTA S VÝKONEM**

**ESOPHAGO – GASTRO – DOUDENOSKOPIE**

**Vážená paní, Vážený pane,**

Na základě Vašeho aktuálního zdravotního stavu Vám byla lékařem indikována GASTROSKOPIE. Máte nezadatelné právo být před Vaším rozhodnutím o těchto postupech podrobně informován/a.

* **Co je GASTROSKOPIE a její indikace (důvod výkonu):**

Je to přímý pohled do Vašeho horního trávicího traktu pomocí přístroje s optikou, za účelem objasnění a vyřešení Vašich potíží nebo jako preventivní opatření k časnému rozpoznání možných chorobných změn v trávicím traktu (jícnu, žaludku a dvanácterníku). Vyšetření může mít charakter diagnostický s odběrem vzorku sliznice nebo i léčebný s odstraněním polypu (výrůstku sliznice) nebo stavěním krvácení eventuálně ošetřením varixů - křečových žil jícnu a žaludku.

Alternativou je RDG, CT vyšetření.

* **Jaký je režim pacienta před výkonem:**

Příprava k vyšetření je velmi jednoduchá - od půlnoci nejíst, nepít, nekouřit. Pokud mátesnímatelnou zubní protézu, tak před výkonem ji vyjměte z úst.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| * **Otázky nutné k zodpovězení:** (označte prosím správnou odpověď)
 | **ANO** | **NE** |
| Jste nachlazen/a, máte bolesti v krku? |  |  |
| Trpíte alergií na léky, náplasti, atd.? |  |  |
| Máte zvýšený sklon ke krvácení při malých poraněních, tvorbě modřin? |  |  |
| Užíváte léky na ovlivnění srážení (ředění) krve? |  |  |

* **Jaký je postup při provádění výkonu:**

Vyšetření se provádí vleže na levém boku a spočívá v zavedení ohebného optického přístroje do jícnu a dále žaludkem do dvanáctníku. Budete vyzván/a, abyste dýchal/a pravidelně nosem nebo ústy a snažil/a se sondu polknout. Výkon je zřídka bolestivý, nejnepříjemnější bývá vlastní polknutí sondy. Po průniku sondy do jícnu se Vám uleví, může přetrvávat mírný pocit na zvracení a občasné dávení.

V případě nutnosti se hrdlo místně umrtví. 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 smyčkou.

Krvácející místa lze ošetřit injekcí látky, která krvácení zastaví. Podobně lze krvácející místo ošetřit použitím kovové svorky.

 Jícnové křečové žíly lze ošetřit injekcí nebo nasazením gumového kroužku.

Vyšetření trvá od 5 - ti, do 30 - ti minut.

* **Jaké jsou možné komplikace a rizika:**

Úspěch lékařských výkonů a jejich nerizikovost nelze nikdy zcela zajistit. Nejčastější možné komplikace jsou:

* + malé krvácení (pokud netrpíte zvláštním sklonem ke krvácení)
	+ alergická reakce na umrtvení hltanu
	+ poranění nástrojem
* **Jaký je režim pacienta po provedení výkonu:**

Pokud nebyl při vyšetření prováděn žádný zákrok a nebylo znecitlivěno hrdlo, můžete po návratu na pokoj jíst a pít. Při znecitlivění hrdla nejíst a nepít 2 hodiny, hrozí nebezpečí vdechnutí sousta. V případě léčebného zákroku budete hospitalizováni v nemocnici a doba lačnění se prodlouží dle ordinace lékaře. Pokud nejste hospitalizování, můžete odejít domů, po kontrole lékařem.

***V případě jakýchkoliv potíží (bolesti břicha, krvácení atd.) okamžitě upozornit ošetřující personál!!!***

|  |  |
| --- | --- |
| **razítko a podpis indikujícího lékaře**  |  |

**Prohlašuji**, že mi byl náležitě objasněn důvod, předpokládaný prospěch, způsob provedení, následky i možná rizika a

komplikace plánovaného vyšetření. Dále mi byly vysvětleny možné alternativy včetně jejich komplikací a zdravotní důsledky vyplývající z nepodstoupení plánovaného výkonu. Měl/a jsem možnost zeptat se lékaře na všechno, co mě ve vztahu k plánovanému výkonu zajímá a obdržel/a jsem vysvětlení, kterému jsem porozuměl/a. S provedením výše uvedeného výkonu souhlasím. Bylo mi podáno vysvětlení, že v případě výskytu neočekávaných komplikací vyžadujících neodkladné provedení dalších výkonů nutných k záchraně mého života nebo zdraví, budou tyto výkony provedeny.

**Identifikační údaje pacienta: V Krnově dne:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Jméno: | Rodné číslo: | Podpis: |
|  |  |  |

**Identifikační údaje zákonného zástupce, opatrovníka:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Jméno: | Rodné číslo: | Podpis: |
|  |  |  |