

Informovaný souhlas pacienta s poskytnutím zdravotních služeb

podle § 28 až 42 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách

EDUKACE PACIENTA

GASTROSKOPIE

Pracoviště: Zdravotnické zařízení:

GS – Gastro, s.r.o.

IČO 05187311

Nová poliklinika Zbraslav

Elišky Přemyslovny 1325

156 00 Praha 5 - Zbraslav

Jméno a příjmení pacienta:

Datum narození:

Bydliště:

zákonný zástupce pacienta nebo opatrovník:

Informace o výkonu:

Gastroskopie je vyšetření jícnu, žaludku a dvanácterníku k vyloučení patologického nálezu za použití gastroskopu, což je tenký ohebný optický přístroj umožňující zobrazení vyšetřované oblasti. Při podezření na patologický nález je možné prostřednictvím tohoto přístroje odebrat drobné (mikroskopické) kousky slizničních vzorků na mikroskopické vyšetření. Odběr vzorků je nebolestivý. V průběhu výkonu lze provést i některé léčebné zákroky – vysvětlení je v odstavci „Popis vyšetření“.

V současné době neexistuje alternativní výkon, kdy by bylo možno vyšetřit jícen, žaludek a dvanácterník a současně odebrat slizniční vzorky pro další vyšetření a případně léčebně zasáhnout v rámci jednoho zdravotního výkonu.

Příprava před vyšetřením:

Příprava před tímto vyšetřením není náročná. Večer před vyšetřením můžete mít lehkou večeři, v den vyšetření již nejíst, nepít, nežvýkat a nekouřit. Pokud užíváte pravidelně nějaké léky, vezměte si je až po vyšetření, pokud lékař, např. v případě antihypertenziv (léků na snížení krevního tlaku) neurčí jinak. V případě jakýkoliv pochybností či otázek v souvislosti s „vynecháním“ pravidelných léků se obraťte na lékaře.

Popis vyšetření:

Těsně před začátkem výkonu vám může být (po uvážení lékaře) sprejem aplikována lokální anestezie hltanové branky („stříknutí do krku“). Dále vám může být injekční formou podána premedikace (pro uklidnění a relaxaci) do žilního systému. V poloze na levém boku vám bude skrze náustek, který budete po celou dobu vyšetření svírat rty a zuby, zaveden endoskopický přístroj do jícnu, žaludku a dvanácterníku (přičemž dýchací cesty jsou po celou dobu vyšetření volné). Pokud to bude nutné, budou během vyšetření odebrány slizniční vzorky, případně provedeny léčebné zákroky – např. snesení chorobné slizniční abnormality, ošetření krvácející cévy či vředu, odstranění cizího tělesa. Všechny tyto výkony jsou nebolestivé. Během vyšetření můžete přechodně cítit nutkání na zvracení, říhání a tlaky v břiše. Tyto obtíže jsou běžné a po vyšetření pominou. Vyšetření trvá zhruba 5 – 10 min.

Po vyšetření:

Dle potřeby se posadíte v čekárně a počkáte na odeznění podaných léčiv. Lokální anestetikum (stříknutí do krku) ovlivňuje polykání, proto jíst a pít můžete až po odeznění anestetika (cca 1 hodina). Pokud vám byla podána premedikace na uklidnění, vyvarujte se v den vyšetření řízení dopravních prostředků a jiných činností, které vyžadují pozornost. Dále se řiďte radami vyšetřujícího lékaře.

Rizika vyšetření:

Gastroskopie může vést k některým komplikacím, např. k alergické reakci na podaný lék, perforaci vyšetřované části trávicí trubice či krvácení. Tyto komplikace jsou zcela výjimečné, ale mohou vyžadovat akutní léčbu nebo dokonce operaci. Odběr vzorku tkáně vede pouze k drobnému nevýznamnému krvácení, pokud ovšem netrpíte zvláštním sklonem ke krvácení. Abychom snížili riziko většího krvácení nebo alergické reakce, případně jiné komplikace na minimum zodpovězte prosím následující otázky:

- | | |
|--|-----------------|
| 1. Vyskytuje se u vás či člena vaší rodiny zvýšený sklon ke krvácení již při malých poraněních? | ANO - NE |
| 2. Trpíte nějakou alergií? Pokud ano, napište jakou. | ANO - NE |
| 3. Máte kardiostimulátor, nějaké potíže se srdcem nebo astma? | ANO - NE |
| 4. Máte zelený zákal – glaukom? | ANO - NE |
| 5. Máte nějaké jiné závažné onemocnění? Pokud ano, napište jaké. | ANO - NE |
| 6. Máte umělý chrup? | ANO - NE |

V případě komplikací po gastroskopii (např. prudká bolest v břiše, černá stolice) kontaktujte nejbližší chirurgické oddělení

Prohlášení pacienta / zákonného zástupce:

Tímto prohlašuji, že:

- jsem byl/a ze strany výše uvedeného zdravotnického zařízení srozumitelným způsobem informován/a o výše uvedeném zdravotním výkonu – gastroskopii
- jsem byl/a informován/a o účelu, povaze a předpokládaném přínosu této zdravotní péče indikujícím lékařem
- jsem byl/a informován/a o případných alternativách indikujícím lékařem
- jsem byl/a informován/a o možných důsledcích a rizicích navrhované zdravotní péče
- mně bylo umožněno klást doplňující otázky
- jsem nic nezamlčel/a o svém zdravotním stavu / zdravotním stavu osoby mnou zastoupené
- jsem shora uvedenému poučení plně porozuměl/a a výslovně souhlasím s provedením zdravotního výkonu
- gastroskopie, odběrem vzorků a s případným léčebným zákrokem
- v případě výskytu neočekávaných komplikací, souhlasím s tím, aby byly provedeny veškeré potřebné postupy k záchraně mého života nebo zdraví / záchraně života nebo zdraví osoby mnou zastoupené

Poučení jsem porozuměl/a, nemám již žádné otázky a s poskytnutím navržené zdravotní péče uděluji svůj souhlas.

V Praze dne:

podpis pacienta (zástupce)

razítko zdravotnického zařízení