Nemocnice AGEL Ostrava-Vítkovice a. s., Zalužanského 1192/15, 70300 Ostrava, IČ:

Gastroenterologické oddělení

Primář MUDr. Petr Fojtík, Ph.D. tel.: 595 633 205

Dat. nar.: *Č. poj.:*

Bydliště: *Kód poj.:*

ZÁZNAM O INFORMOVANÉM SOUHLASU

VÝKON (DRUH PÉČE), SE KTERÝM PACIENT/PACIENTKA VYSLOVUJE SOUHLAS

Dechový test se škrobem pro stanovení celkové aktivity amylázy slinivky břišní

ZÁKONNÝ ZÁSTUPCE

INFORMACE O POVAZE ONEMOCNĚNÍ NEBO VÝKONU

Účel výkonu a jeho průběh:

Jedná se o neinvazivní, šetrné vyšetření.

Provádí se k posouzení zevní funkce slinivky břišní, kdy posuzujeme aktivitu jednoho z hlavních produktů slinivky amylasy, která se podílí na štěpení polysacharidů v potravě. Princip dechového testu slouží ke stanovení celkové aktivity amyláz . Amylázou se rozštěpí značený testovací pokrm značený 13C , který se vstřebá do krve a je následně vydechován plícemi. Kukuřičné produkty (např. kukuřičné vločky) obsahují přirozeně se vyskytující izotop uhlíku 13C.

K interpretaci výsledků je hodnocena dynamika změny poměru 13CO2/12CO2 průběžně po podání značeného substrátu 13C.

Tento test lze kombinovat s diagnostikou poruchy produkce pankreatické lipázy (dechový test lipolytické funkce pankreatu).

Příprava testovacího pokrmu: 50g kukuřičných vloček smíchaných s trochou nízkotučného mléka.

Odběr vzorků dechu:

1. Připraví se 5 dechových dvojsáčků (9 dechových vzorků), označí se jménem a pořadím odběru (0 min., 30, 60, 90, 120, 150, 180, 210, 240 min.).
2. Odebere se první dechový vzorek (spodní plicní výdech) v 0 min. - bazální nulová hodnota.
3. Pacient sní testovací pokrm.
4. Poté se odebírají dechové vzorky v časových intervalech.
5. Test trvá 4 hodiny, nutno vzít v úvahu časovou náročnost testu.

Rizika a možné důsledky výkonu:

Nejsou známy komplikace a kontraindikace tohoto vyšetření.

Alternativy výkonu:

Nejsou běžně dostupné vyšetřovací metody, který by byly alternativou tomuto vyšetření.

Léčebný režim a preventivní opatření:

Po vyšetření nejsou žádná režimová opatření, výkon je ambulantní.

Možná omezení způsobu života a pracovní schopnosti:

Po vyšetření nejsou žádná omezení.

SPECIÁLNÍ INFORMACE

PROHLÁŠENÍ PACIENTA/PACIENTKY

Byl jsem lékařem srozumitelným způsobem informován o zdravotním výkonu v rozsahu výše uvedeném. Měl jsem možnost klást lékaři doplňující dotazy, které mi byly srozumitelně zodpovězeny. Na základě podaných informací **uděluji s výkonem souhlas.**

Prohlašuji, že v případě výskytu neočekávaných komplikací, vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků nutných k záchraně mého života nebo zdraví, souhlasím s tím, aby byly tyto zákroky provedeny.

Jsem si vědom toho, že pokud změním své stanovisko, mohu svůj souhlas písemně odvolat.

ZDRAVOTNICKÝ PRACOVNÍK/PRACOVNICE, KTERÝ/Á POUČENÍ POSKYTL/A

Datum a čas: ***Datum a čas:***

....

Podpis lékaře/lékařky, který/á poučení poskytl/a *Podpis pacienta/pacientky nebo jeho/její zákonného zástupce*

Případný svědek/svědci

ZÁZNAM O INFORMOVANÉM SOUHLASU

Dechový test se škrobem pro stanovení celkové aktivity amylázy slinivky břišní

Dat. nar.: *Kód poj.:* *Č. poj.:*

.....
Podpis svědka/svědků

Jakým způsobem pacient/pacientka projevil/a svůj souhlas, důvod, proč se nemůže podepsat