

## ZÁZNAM O INFORMOVANÉM SOUHLASU

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

#### Gastroskopie

#### ZÁKONNÝ ZÁSTUPCE

#### INFORMACE O POVAZE ONEMOCNĚNÍ NEBO VÝKONU

##### 1. Účel výkonu a jeho průběh:

Gastroskopie je endoskopické vyšetření jícnu, žaludku a dvanáctníku. Touto metodou dokážeme rozpoznat chorobné změny v zažívacím traktu, stanovit diagnózu a zahájit odpovídající léčbu. Jedná se například o žaludeční a dvanáctníkové vředy, nádory nebo záněty jícnu a žaludku.

##### Příprava:

Před výkonem 6 hodin nesmíte nic jíst (diabetici si tedy neaplikují inzulin), kouřit, můžete pít malé množství čirých tekutin nejpozději 2 hodiny před vyšetřením, po domluvě s odesílajícím lékařem neužívejte léky. Je důležité lékaře, který Vás bude vyšetřovat, informovat o závažných onemocněních a užívaných lécích, zejména ovlivňujících srážlivost krve.

##### Postup vyšetření:

Za účelem zlepšení přehlednosti Vám může být aplikován speciální roztok snižující tvorbu bublin v žaludku. Před vyšetřením odložte zubní protézu. Následně Vám znecitlivíme hrdlo, po dohodě Vám aplikujeme uklidňující nitrožilní injekci, před její aplikací je nutné podepsat informovaný souhlas s analgosedací. Endoskop je zaveden ústy, nepřekáží volnému dýchání. Přístrojem prohlédneme jícen, žaludek a dvanáctník, posuzujeme patologické změny na sliznici a dle potřeby provádíme biopsie (nebolestivý odběr malého vzorku tkáně) nebo terapeutické (léčebné) výkony.

##### 2. Možné alternativy výkonu:

Gastroskopie nemá žádnou srovnatelnou alternativu. Rentgenové ani CT vyšetření nedokáží s takovou přesností zobrazit slizniční léze, není možno při nich odebrat biopsie, nebo provést možný terapeutický zákrok jako je například ošetření krvácení z vředu nebo snesení polypů.

##### 3. Rizika a možné důsledky výkonu

Komplikace jsou vzácné a jedná se o možné krvácení po biopsii nebo po terapeutických výkonech. Ostatní komplikace jako perforace zažívací trubice jsou vyjimečné. Po endoskopii může pacient pocítovat škrábání v krku.

##### 4. Možná následná omezení způsobu života:

Jedná se o ambulantní vyšetření, o následné hospitalizaci rozhoduje lékař provádějící vyšetření, je indikována u některých typů terapeutických výkonů nebo při komplikacích. Po ukončení výkonu nesmíte nic jíst ani pít, dokud Vám neodezní znecitlivění hrdla (přibližně 30-60 minut). Výsledek vyšetření Vám ihned sdělíme, předáme Vám písemný nález. Případný audiovizuální záznam průběhu výkonu bude součástí Vaší zdravotnické dokumentace. Anonymizovaný záznam může být použit pro vědecké a studijní účely, včetně prezentací na odborných kongresech, nebo pro práce v odborných publikacích. Při prezentacích nebudou použity osobní údaje ani jiné informace, které by vedly k identifikaci Vaší osoby.

##### 5. Léčebný režim a preventivní opatření:

Režim po aplikaci uklidňující injekce je popsán v informovaném souhlasu s analgosedací.

##### 6. Informace o zavedení implantabilního zdravotnického prostředku:

#### SPECIÁLNÍ INFORMACE

#### PROHLÁŠENÍ PACIENTA/PACIENTKY

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

## ZÁZNAM O INFORMOVANÉM SOUHLASU

### Gastroskopie

*Dat. nar.:*

*Kód poj.:*

*Č. poj.:*

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. V případě potřeby souhlasím také s podáním nezbytné transfúze krve nebo krevních derivátů.

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**

.....  
*Podpis svědka/svědků*

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