

OBLASTNÍ NEMOCNICE Kladno, a.s.
nemocnice Středočeského kraje
272 59 Kladno, Vančurova 1548
IČO 27256537, tel. 312606111



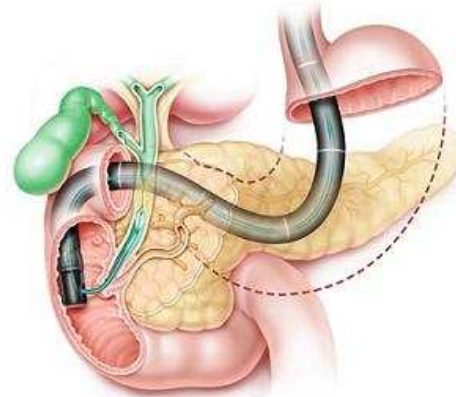
Oblastní nemocnice Kladno, a.s.,
nemocnice Středočeského kraje

Oblastní nemocnice Kladno, a.s.

INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTA(KY)/ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE S ENDOSKOPICKO RETROGRÁDNÍ CHOLANGIOPANKREATOGRAFIÍ/ERCP

Jméno a příjmení pacienta, datum narození

Jméno a příjmení zákonného zástupce, datum narození



➤ **Vážený pane, vážená paní,**

Vaše onemocnění vyžaduje ERCP zákrok-endoskopická retrográdní cholangiopankreatografie – zobrazení vývodných cest žlučových a slinivky břišní endoskopem zavedeným ústy až pod žaludek. Diagnóza, která vede k provedení tohoto zdravotního výkonu může být: obstrukční ikterus (žluté zbarvení sklér a kůže), nález při předchozím ERCP, akutní biliární pankreatitida (akutní zánět slinivky břišní při blokadě vývodných cest žlučovým kamenem), cholestáza (stagnace žluči ve vývodných cestách), traumatická léze (poškození způsobené poraněním) žlučových cest, traumatická léze pankreatu=slinivky břišní, stav po operaci žlučníku anebo žlučových cest či stav po operaci pankreatu. Před samotným výkonem Vás ošetřující lékař seznámí s provedením této léčebné metody a s jejími běžnými riziky a následky a s eventuelními alternativami, aby Vaše rozhodnutí o souhlasu s výkonem bylo založeno na dostatečném množství informací.

➤ **Před výkonem**

Od půlnoci byste neměli nic jíst a pít. Pokud musíte použít předepsané léky, zapijte je jen malým douškem vody. Řekněte, zda jste již v minulosti podstoupil/a nějaké endoskopické vyšetření či zda se u Vás vyskytla alergie nebo nějaké nežádoucí účinky v souvislosti s podáním kontrastní látky. Upozorněte na možnost, že jste těhotná. Budete požádáni, abyste odložili brýle či umělý chrup.

➤ **Jak bude výkon proveden**

Vyšetření se uskutečňuje na rentgenovém stole. Bude Vám znečistlivěno hrdlo lokálním anestetikem ve spreji a dostanete uklidňující injekci. Mezi zuby Vám bude vsunut ochranný kroužek a skrze něj Vám v poloze na levém boku zavede lékař endoskop. Vyšetření bude trvat od 15-60 minut a v jeho průběhu budete požádáni o změnu polohy na břicho.

➤ **Co bude po vyšetření**

Hrdlo může být ještě krátký čas necitlivé a trochu bolavé. Alespoň hodinu po vyšetření byste neměli jíst ani pít, po zbytek dne pak byste

měli přijímat pouze tekutiny. Pokud Vám byla podána zklidňující injekce, nesmíte v následujících 24 hodinách řídit automobil nebo vykonávat jiné rizikové činnosti.

➤ **Komplikace**

Při endoskopii se mohou vyskytnout komplikace jako:

- *reakce na podané léky,
- *perforace střeva či krvácení.
- *vstříknutí kontrastní látky může způsobit alergickou reakci,
- *zánět slinivky nebo žlučových cest.

Tyto komplikace jsou řídké, ale mohou si vyžádat neodkladnou léčbou či operaci.

➤ **Alternativy výkonu**

Alternativou čistě diagnostického ERCP vyšetření může být zobrazení jater, žlučových cest a slinivky břišní pomocí výpočetní tomografie (CT) nebo magnetické rezonance (MR) Zobrazení na CT je méně přesné a méně spolehlivé, lze využít jako alternativu jen ve vybraných případech. Zobrazení magnetickou

rezonancí (MR) dosahuje srovnatelné přesnosti zobrazení žlučových cest a slinivky břišní jako ERCP. Jeho výhodou je, že nezatěžuje pacienta rentgenovým zářením, má výrazně nižší rizika komplikací a je nebolestivé. Nevýhodou je, že neumožňuje odběr biologického materiálu, např. odběr žluči za účelem laboratorního vyšetření nebo odběr tkáně pro histologické vyšetření.

➤ **Možné léčebné zákroky při ERCP**

Sphincterotomie/protěti papily/:pakliže rentgenové vyšetření prokáže žlučový kámen či jinou poruchu odtoku žluči, může lékař rozšířit vyústění žlučových cest. Tento výkon se nazývá sphinterotomie a provádí se žhavým odporovým drátem. Tento zákrok nebolí. Kameny pak budou vytaženy speciálním košíkem nebo rozdrčeny nebo ponechány, aby samy prošly do tenkého střeva.

Drenáž/vložení stentu/:Stent je malá plastická trubička, která je dopravena skrze endoskop do zúžení ve žlučových cestách. Jeho úkolem je odstranit žloutenku umožněním odtoku žluče do střeva. Stenty jsou někdy dávány i do vývodu slinivky je-li zúžen či blokován.

Rizika: Tento způsob léčby kamenů a blokády žlučových cest byl vyvinut a je doporučován, protože je jednodušší než standardní chirurgická léčba. Avšak nemusí být vždy úspěšný a mohou se vyskytnout problémy. Potenciální komplikace jsou řídké, ale mohou být vážné, vyžádat si neodkladnou léčbu či dokonce operaci. V nepatrném procentu může být i komplikace ohrožující život.

➤ **Předpokládaná doba hospitalizace:**

Při nekomplikovaném průběhu trvá hospitalizace 1 den. Předpokládaná doba, po kterou pacient nebude schopen vykonávat své povolání/studium:1 den

➤ **Další omezení v běžném způsobu života**

Kromě výše uvedených režimových a dietních opatření nebývají v souvislosti s provedením necílené jaterní biopsie žádná další omezení v běžném způsobu života.

➤ **Preventivní opatření**

Na základě endoskopického a rentgenového nálezu rozhodne lékař o dalších diagnostických či léčebných postupech, dietních, režimových a léčebných opatření, která jsou vhodná, jakož i o vhodnosti doplňujících či kontrolních vyšetření. Tyto údaje zaznamená do zprávy o provedení výkonu, kterou poté předá pacientovi a jeho ošetřujícímu lékaři, a tyto skutečnosti též pacientovi ústně sdělí.

➤ **Souhlas s výkonem**

Já níže podepsaný/á pacient/ka /zákonný zástupce tímto prohlašuji, že mě lékař náležitě a srozumitelně informoval a vysvětlil důvod provedení výkonu, takovým způsobem, který

je pro mě srozumitelný. Vysvětlení jsem plně pochopil/a a vzal/a na vědomí. Zároveň stvrzuji, že jsem podal/a pravdivé informace o svém zdravotním stavu. Nezamlčel/a jsem žádné skutečnosti, které by mohly mít vliv na prováděný výkon.

Informující lékař mě seznámil s možnými alternativami. Byl/a jsem též informován o možných rizicích a komplikacích tohoto výkonu. **Rozumím informacím, které mi lékař poskytl.** Měl/a jsem možnost klást lékaři doplňující dotazy a pokud tomu tak bylo, dotazy mi byly zodpovězeny a nemám další otázky.

Současně prohlašuji, že v případě výskytu neočekávaných komplikací, vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků, nutných k záchraně mého života nebo zdraví, souhlasím s tím, aby byly provedeny veškeré další potřebné a neodkladné výkony nutné k záchraně mého života nebo zdraví.

Na základě tohoto poučení dávám **svůj plný informovaný souhlas** s provedením operace/základního, což stvrzuji svým vlastnoručním podpisem.

Podpis pacienta/ky /zákonného zástupce pacienta:

Datum a čas: _____

Prohlašuji, že jsem pacientovi (zákonnému zástupci) osobně zodpověděl doplňující dotazy a pacient (zákonný zástupce) vyslovil svůj informovaný souhlas s vyšetřením

Podpis a razítko lékaře:

Datum a čas: _____

➤ **Otázky a odpovědi**

Tento prostor využijte pro zaznamenání Vašich případných dotazů k výkonu.
