

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



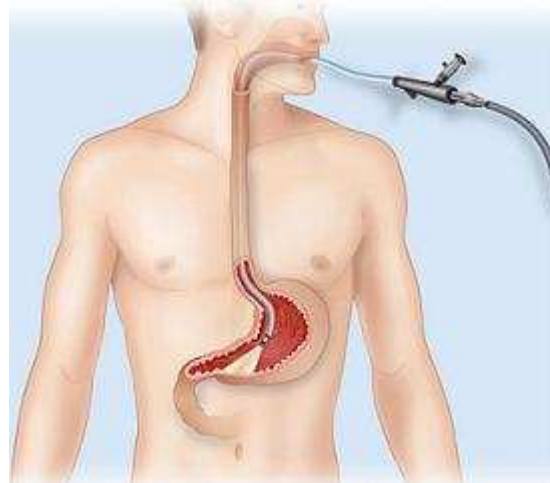
Oblastní nemocnice Kladno, a.s.,  
nemocnice Středočeského kraje

Oblastní nemocnice Kladno, a.s.

## INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTA(KY)/ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE S GASTROSKOPIÍ

Jméno a příjmení pacienta, datum narození

Jméno a příjmení zákonného zástupce, datum narození



### ➤ Vážený pane, vážená paní ,

Vaše onemocnění vyžaduje tento zákrok. Diagnóza, která vede k provedení tohoto zdravotního výkonu může být: dyspepsie (nepříjemný pocit v žaludku), váhový úbytek, bolesti v epigastriu (nadbříšku), vyšetření rizikových skupin, dysfagie (obtížné polykání), anémie (chudokrevnost). Před samotným výkonem Vás ošetřující lékař seznámí s provedením této léčebné metody/postupu a s jejími běžnými riziky, komplikacemi a následky a s eventuelními alternativami, aby Vaše rozhodnutí o souhlasu s výkonem bylo založeno na dostatečném množství informací.

### ➤ Jak je výkon proveden

Gastroskopie je endoskopické vyšetření jícnu, žaludku a dvanáctníku. Cílem vyšetření je stanovení správné diagnózy a následně volby vhodné terapie.

Gastroskopie se provádí pomocí ohebného přístroje s optickým systémem (endoskop). Vyšetření trvá v průměru 5-10 min, v některých případech, zvláště u léčebných výkonů, déle. Vyšetření se provádí nalačno – 8hodin před výkonem je třeba nejíst, k utišení žízně pít jen čiré tekutiny, nekouřit.

Před vyšetřením provedeme místní znecitlivění lokálním anestetikem a v případě potřeby je možné Vám podat nitrožilně zklidňující léky. Poté Vám lékař zavede ústy (většinou v poloze na levém boku) přístroj do jícnu, žaludku a dvanáctníku. Důležitá je Vaše spolupráce při polknutí přístroje, dále již lékař zavádí přístroj sám. Dýchejte

klidně nosem, sliny nepolykejte. Vyšetření samo je nebolestivé včetně eventuální odběru vzorků malými klíšťkami.

Aby byla zajištěna dobrá přehlednost stěn, bude Vám do trávicího ústrojí vháněn vzduch. Gastroskopie může být využita vedle diagnostiky i léčebným účelům.

### ➤ Rizika výkonu

Komplikace jsou u gastroskopie vzácné. V ojedinělých případech může být vyvoláno zejména:

\*krvácení,

\*může dojít k porušení stěny orgánů

\*nebo může dojít k alergické reakci na lokální anestetikum nebo na léky podané před vyšetřením.

Většinou komplikací je lékař schopen ošetřit již v průběhu výkonu. V extrémním případě si léčení komplikace může vyžádat

chirurgický zákrok, k takovým komplikacím endoskopie však dochází zcela výjimečně.

### ➤ **Alternativy výkonu**

K diagnostické gastrokopii neexistuje plnohodnotná alternativa. Namísto gastrokopického vyšetření je možné provést kontrastní rentgenové vyšetření jícnu, žaludku a dvanáctníku, které však má výrazně menší výtěžnost a tudíž i menší přínos pro pacienta.

### ➤ **Možné omezení**

Po vyšetření je nutné ještě hodinu nejíst a nepít (riziko vdechnutí po lokálním znecitlivění). Pokud je Vám podána uklidňující injekce, nesmíte v následujících 24 hod. řídit automobil nebo vykonávat jiné rizikové činnosti.

Stejně tak byste se neměli věnovat činnostem vyžadujícím soustředění a udržení nepřetržité pozornosti.

### ➤ **Předpokládaná doba hospitalizace:**

Po běžné diagnostické gastrokopii bez komplikací není u dospělých pacientů třeba hospitalizace.

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 nejsou žádná omezení v běžném způsobu života.

### ➤ **Preventivní opatření**

Na základě endoskopického 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.

### ➤ **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/zákroku, 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.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_