

Dat. nar.:

Č. poj.:

Bydliště:

Kód poj.:

## ZÁZNAM O INFORMOVANÉM SOUHLASU

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

**24 hodinová jícnová pH metrie, jícnová impedance**

### ZÁKONNÝ ZÁSTUPCE

#### INFORMACE O POVAZE ONEMOCNĚNÍ NEBO VÝKONU

##### Účel výkonu a jeho průběh:

Účelem jícnové pH metrie resp. impedance je zhodnotit přítomnost a významnost návratu žaludeční šťávy do jícnu. Přístroj skrze snímací elektrodu zaznamenává změny pH - t.j. převážně kyselosti prostředí v jícnu vyvolaným návratem žaludečního obsahu do jícnu - tzv. gastroesophageálního refluxu.

Jícnová impedance navíc detekuje i složky refluxátu ( obsahu žaludku, který vnikne do jícnu ) - rozliší kapalinu, případně plyn.

Vyšetření se provádí za plného vědomí, je nebolestivé. Přes nosní díрку se zavede tenká elektroda do dolní části jícnu, která se připevní na záznamové zařízení pro měření pH resp. impedance po dobu 24 hodin. Výsledky tohoto měření se potom dále počítačově zpracovávají.

##### Rizika a možné důsledky výkonu:

Komplikace tohoto vyšetření jsou vzácné. Výjimečně by mohlo při zavádění sondy dojít ke zvracení a vdechnutí žaludečního obsahu do průdušek nebo do plic.

Možné jsou alergie na kalibrační roztoky ev. na složky elektrody

##### Alternativy výkonu:

Toto vyšetření nemá srovnatelné alternativy v plném rozsahu.

Pro průkaz gastroesophageálního refluxu se dá použít RTG jícnu a scintigrafie jícnu

##### Možná omezení způsobu života a pracovní schopnosti:

Zavedení jícnové elektrody se provádí nalačno, jinak během vyšetření vykonává pacient běžnou denní činnost.

##### Léčebný režim a preventivní opatření: nejsou nutná

### SPECIÁLNÍ INFORMACE

#### PROHLÁŠENÍ PACIENTA/PACIENTKY

Já pacient /zákonný zástupce:

Byl jsem podrobně lékařem/zdravotnickým pracovníkem informován o potřebě výše uvedeného zdravotního výkonu v rozsahu výše uvedeném. Byl jsem seznámen s účelem, povahou i průběhem výkonu, s jeho riziky i možnými následky, možnými alternativami, omezením v obvyklém způsobu života a pracovní schopnosti a dalším léčebným režimem. Byl jsem rovněž seznámen s možností odmítnout jakoukoli lékařskou péči a svobodně se rozhodnout o dalším navrhovaném postupu i s riziky odmítnutí tohoto výkonu.

Prohlašuji, že:

- po osobní rozmluvě s lékařem/zdravotnickým pracovníkem a po vlastní svobodné rozvaze souhlasím se zvoleným zdravotním výkonem. Výše uvedeným informacím a poučením jsem plně porozuměl, měl jsem možnost klást lékaři/zdravotnickému pracovníkovi doplňující dotazy, které mi byly plně zodpovězeny

- v případě výskytu neočekávaných komplikací, vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků nutných k záchraně mého života nebo zdraví souhlasím s tím, aby byly provedeny tyto neodkladné výkony nutné k záchraně mého života nebo zdraví a v případě potřeby souhlasím také s podáním nezbytné transfuze krve nebo krevních derivátů

- pokud změním své stanovisko, sdělím ihned tuto skutečnost lékaři/zdravotnickému pracovníkovi.

## ZÁZNAM O INFORMOVANÉM SOUHLASU

### 24 hodinová jícnová pH metrie, jícnová impedance

*Dat. nar.:*

*Kód poj.:*

*Č. poj.:*

V případě, že jsem zákonný zástupce nezletilého pacienta, pacienta zbaveného způsobilosti k právním úkonům nebo pacienta s omezenou způsobilostí k právním úkonům svým podpisem stvrzuji, že shora uvedené informace byly v přiměřeném rozsahu a formě poskytnuty také pacientovi.

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

##### **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**