

Dat. nar.:

Č. poj.:

Bydliště:

Kód poj.:

ZÁZNAM O INFORMOVANÉM SOUHLASU

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

Esofago-gastro-duodenoskopie

ZÁKONNÝ ZÁSTUPCE

INFORMACE O POVAZE ONEMOCNĚNÍ NEBO VÝKONU

Účel výkonu a jeho průběh:

Je to nejspolehlivější metoda ke zhodnocení horní části trávicího ústrojí, jícnu, žaludku a dvanáctníku gastroskopem (optický ohebný přístroj). Vyšetření lze provést jen u připravených nemocných (nalačno 6 hodin). Přístroj zasuneme ústy do jícnu, žaludku a dvanáctníku. Přímou hodnotíme stav sliznice, můžeme odebírat malé vzorky tkáně. Možné jsou nepříjemné pocity v oblasti hltanu, proto je možné použití znečitlivujícího spreje. Dýchací cesty zůstávají volné, dýchání není omezené. Odřívání je způsobené přívodem vzduchu do žaludku.

Možné alternativy výkonu (stručné hodnocení):

Vyšetření RTG- kontrastní látkou, které však zdaleka není tak přesné.

Rizika a možné důsledky výkonu:

Možné drobné krvácení po odběru vzorku či polypektomii, větší krvácení nebo perforace (např. po odstranění polypů), s nutností dalšího ošetření. Zánětlivá reakce s rozvojem zánětu pobřišnice a selháním zákl. životních funkcí, při nepříznivém průběhu mohou být tyto komplikace smrtelné, ale jsou velmi vzácné.

Proč je tento výkon prospěšný (význam pro stav pacienta):

Rozpoznání chorobných změn v trávicím traktu a možnost zahájení adekvátní terapie.

Možná následná omezení způsobu života či pracovní schopnosti spojená s výkonem:

Obvykle bez následných omezení způsobů života a trvalých následků. Při výskytu závažnějších komplikací hospitalizace a další léčba.

Léčebný režim a preventivní opatření ev. kontrolní léč. či vyšetřovací výkony:

Po znečitlivění hrdla je vhodné 2 hodiny nic nejíst a nepít. Pokud po vyšetření budete pociťovat bolesti břicha se zvracením nebo zjistíte krvácení z konečníku, odchod černé mazlavé, zapáchající stolice, informujte okamžitě chirurgickou ambulanci.

Pacient byl náležitě poučen o možnosti odmítnout jakoukoli lékařskou péči a svobodně se rozhodnout o dalším alternativním postupu či ustoupení od výkonu.

SPECIÁLNÍ INFORMACE

PROHLÁŠENÍ PACIENTA/PACIENTKY

Já pacient /zákonný zástupce:

Byl jsem podrobně lékařem informován o potřebě výše uvedeného výkonu v rozsahu výše uvedeném. Byl jsem seznámen se způsoby léčby mého onemocnění a jejich riziky. Uvědomuji si, že nelze vždy přesně určit všechna rizika dané léčby vzhledem k jedinečnosti každého člověka. Byl jsem rovněž seznámen s možností odmítnout jakoukoli lékařskou péči a svobodně se rozhodnout o dalším navrhovaném postupu i s riziky neléčení mého onemocnění.

Prohlašuji, že:

- po osobní rozmluvě s lékařem a po vlastní svobodné rozvaze souhlasím se zvoleným postupem vyšetření a léčby. Výše uvedeným informacím a poučením jsem plně porozuměl.
- měl jsem možnost klást lékaři doplňující dotazy, které mi byly plně zodpovězeny
- může mi být proveden další výkon, pokud by jeho neprovedení bezprostředně ohrozilo můj zdravotní stav
- pokud změním své stanovisko k předpokládané léčbě, sdělím včas tuto skutečnost lékaři.

V případě, že jsem zákoný zástupce nezletilého pacienta, pacienta zbaveného způsobilosti k

ZÁZNAM O INFORMOVANÉM SOUHLASU

Esofago-gastro-duodenoskopie

Dat. nar.:

Kód poj.:

Č. poj.:

právním úkonům nebo pacienta s omezenou způsobilostí k právním úkonům svým podpisem stvrzují, 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