

Dat. nar.:

Č. poj.:

Bydliště:

Kód poj.:

ZÁZNAM O INFORMOVANÉM SOUHLASU VÝKON (DRUH PÉČE), SE KTERÝM PACIENT/PACIENTKA VYSLOVUJE SOUHLAS

PEG _ Perkutánní endoskopická gastrostomie

ZÁKONNÝ ZÁSTUPCE

INFORMACE O POVAZE ONEMOCNĚNÍ NEBO VÝKONU

Účel výkonu a jeho průběh:

Výkon umožní ošetřovanému, který při svém onemocnění nemůže z různých důvodů polykat potravu, podávat stravu katétre zavedeným přes kůži přímo do žaludku.

Provedení je v úvodu stejné jako při esofago-gastro-duodenoskopii. Ohebný endoskop zavedeme ústy přes jícen (pokud není jícen průchodný pro endoskop, musíme ho nejprve zprůchodnit, rozšířit). Poté vyhledáme endoskopem v žaludku vhodné místo a prosvítíme břišní stěnu (většinou 2 cm vlevo od střední čáry v poloviční vzdálenosti mezi žeberním obloukem a pupkem). V tomto místě provedeme místní znečítlivění břišní stěny, skalpelem prořízneme kůži a ve stejném místě zavedenou jehlou pronikneme do žaludku. Touto jehlou protáhneme vodič do žaludku, který pak s pomocí endoskopu vytáhneme ústy. Po vodiči zavedeme vhodný katétr.

Možné alternativy výkonu (stručné hodnocení):

Gastrostomií (otvor vytvořený přes kůži do žaludku) můžeme vytvořit chirurgickým výkonem spojeným s celkovým úspáním, nebo pod RTG kontrolou, což má větší riziko komplikací.

Rizika a možné důsledky výkonu:

Komplikace jsou velmi vzácné. Krvácení, zánět stěny břišní nebo pobřišnice, protržení střeva nebo dalších orgánů, které se nacházejí v té chvíli blízko místa vpichu.

Proč je tento výkon prospěšný (význam pro pacienta):

Pokud nemůže pacient přijímat potravu ústy, tak je možné tímto způsobem podávat plnohodnotnou stravu přímo do žaludku po dobu i několika let bez škodlivých následků. Katétr lze po odeznění neschopnosti polykat potravu bez následných komplikací zrušit.

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

Většinou samotné primární onemocnění pacienta výrazně omezuje. S vytvořenou gastrostomií se nelze bez speciálních opatření běžně ponořit do vody, (lze jen s přilepeným stomickým sáčkem).

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

Katétr je třeba pečlivě a pravidelně ošetřovat, udržovat v čistotě, v určitých intervalech, které určí lékař, vyměňovat. Při podávání stravy je nutné ho dostatečně proplachovat tekutinami, aby nedošlo k jeho ucpaní hustou potravou.

Následné změny zdravotní způsobilosti:

Do dvou hodin po výkonu lze podávat zavedeným katétre tekutiny a kašovitou stravu v menších dávkách (do 2 dcl). Od následujícího dne je možné krmit bez omezení - dle tolerance.

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.

ZÁZNAM O INFORMOVANÉM SOUHLASU
PEG _ Perkutánní endoskopická gastrostomie

Dat. nar.:

Kód poj.:

Č. poj.:

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.

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