

ENDOSONOGRAFICKÉ VYŠETŘENÍ HORNÍHO ZAŽÍVACÍHO TRAKTU

Pacient/ka: Narozen/a:
titul jméno příjmení

Rodné číslo (číslo pojištění): / Kód ZP:

Bydliště:

Zákonný zástupce: Vztah:
titul jméno příjmení (např. matka, otec, opatrovník aj.)

Narozen/a: Bydliště:
(liší-li se od bydliště pacienta/ky)

Vážená paní, vážený pane,

Váš zdravotní stav (zdravotní stav Vám svěřené osoby) nezbytně vyžaduje provedení endosonografického (ultrazvukového) vyšetření horní části zažívacího traktu. Vyšetření poskytuje informaci o sliznici, stěně a okolních orgánech zažívacího traktu, která není dosažitelná jinými metodami.

Máte právo svobodně se rozhodnout o postupu při poskytování zdravotních služeb Vaší osobě (Vašemu dítěti), pokud jiné právní předpisy toto právo nevyklučují. K provedení navrhovaného zdravotního výkonu je potřeba Vašeho souhlasu. Pro usnadnění rozhodnutí Vám chceme podat následující informace.

Důvod provedení výkonu

Důvod Vám byl sdělen indikujícím lékařem při návrhu vyšetření.

Alternativy (jiné možnosti) výkonu / léčby

Údaje o tom, zda navrhovaný zdravotní výkon má nějakou alternativu (jinou možnost) a zda máte možnost si zvolit z několika alternativ, Vám/Vašemu dítěti poskytl ošetřující lékař/ka, který doporučil provedení tohoto zdravotního výkonu.

Příprava k výkonu

Před plánovaným vyšetřením je nutno **od půlnoci nejíst, nepít, nekouřit**. Ponechtejete doma ozdoby horní části těla. Personál Vás zároveň poučí, které části oděvu musíte před vyšetřením sejmout, a poskytne Vám provizorní pokrývku těla. Je nutné požit trvale užívané léky na léčbu vysokého tlaku, srdečních onemocnění, astmatu (sprej na léčbu astmatu si vezměte s sebou). Ošetřujícího lékaře upozorněte před vyšetřením na **alergii** (bude Vám podáváno lokální anestetikum a zklidňující léky). Pokud je Vám známa **porucha srážlivosti** krve či **užíváte-li Warfarin**, je nutno zajistit v součinnosti s Vaším ošetřujícím lékařem správné hemokoagulační parametry a jejich výsledky donést k samotnému výkonu. Toto vyšetření nesmí být starší 3 dnů. V případě užívání **Anopyrinu** je třeba tento lék 3 dny před vyšetřením vysadit. V případě **virového onemocnění jater a AIDS**, prosím, informujte ošetřující personál.

Postup při výkonu

Endosonografie je vysoce specializované vyšetření kombinující dvě metody – endoskopii a ultrasonografii. Endoskop je přístroj ve tvaru ohebné hadice o průměru 1,5 cm. Na konci endoskopu je umístěna malá ultrazvuková sonda, kterou lze tak zavést přes jícn, žaludek až do dvanáctníku. Endoskop zavádíme za místního znecitlivění dutiny ústní a hltanu sprejem. Před vyšetřením a při něm vám budou podávány zklidňující léky do žíly.

V některých případech provádíme odběr tkáně z podezřelého ložiska (biopsii). Celý odběr se provádí za sonografické kontroly bioptická jehlou. Jedná se speciální tenkou punkční jehlu zaváděnou endoskopem až na jeho konec, kde je s jehlou manipulováno za kontroly ultrazvukem. Jehlu užíváme k aspiraci tkáně. Kalibr jehly je dostatečně malý na to, aby nedošlo k významnějšímu poranění stěny trávicí trubice.

Množství materiálu (počet vlastních vpichů) určuje výkon provádějící lékař. Během vyšetření se lékař ubezpečuje o přesnosti odběrů sonografií vyšetřovaného místa.

Délka vyšetření většinou trvá 30 minut.

**Rizika, následky a možné komplikace výkonu**

Metoda využívá k vyšetření **ultrazvukový paprsek**. Jeho energie je natolik malá, že za žádných okolností nemůže poškodit zdraví. Možné komplikace mohou být při zavádění sondy při velmi vzácných vrozených a získaných odchylkách zažívacího traktu. Jedná se o krvácení a ještě vzácnější porušení stěny trávicí trubice. Ještě vzácnější je infekce.

Chování po výkonu, možná omezení

Po vyšetření bez biopsie zůstanete na našem pracovišti asi 60 minut na sledování. Po této době budete moci jíst a pít. Do dvou hodin po vyšetření byste neměli řídit auto.

Bude-li prováděna biopsie, je při vyšetření nutná Vaše hospitalizace, která v nekomplikovaných případech netrvá déle než 24 hodin.

Dovolujeme si Vás informovat, že na poskytování zdravotních služeb v naší nemocnici se mohou podílet osoby získávající způsobilost k výkonu povolání zdravotnického pracovníka nebo jiného odborného pracovníka, a to včetně nahlížení do zdravotnické dokumentace. Přítomnost těchto osob při poskytování zdravotních služeb můžete odmítnout a jejich nahlížení do zdravotnické dokumentace můžete během svého léčení zakázat. Bližší informace Vám na vyžádání poskytne ošetřující lékař.

PROHLÁŠENÍ PACIENTA/KY (ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE)

Byl/a jsem seznámena s údaji o účelu, povaze, předpokládaném prospěchu, následcích a možných rizicích navrhovaných zdravotních služeb (zdravotního výkonu).

Byl/a jsem seznámen/a s alternativami (jinými možnostmi) navrhovaných zdravotních služeb (zdravotního výkonu), s jejich výhodami a riziky a měl/a jsem možnost si jednu z alternativ zvolit (pokud tato možnost volby existuje a pokud výkon nepodléhá zvláštním právním předpisům).

Byl/a jsem seznámen/a s možnými omezeními v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti po poskytnutí zdravotních služeb (po zdravotním výkonu) a s možnými očekávanými změnami zdravotního stavu a zdravotní způsobilosti.

Byl/a jsem seznámen/a s léčebným režimem, vhodnými preventivními opatřeními a s možnými kontrolními zdravotními výkony.

Byl/a jsem poučen/a o právu svobodně se rozhodnout o postupu při poskytování zdravotních služeb, pokud jiné právní předpisy toto právo nevyklučují.

Nezamlčel/a jsem žádné mně známé údaje o zdravotním stavu, které by mohly nepříznivě ovlivnit léčbu či ohrozit mé okolí, zejména rozšířením infekční choroby.

Souhlasím s nezbytným použitím omezovacích prostředků, jejichž účelem je odvrácení bezprostředního ohrožení života, zdraví nebo bezpečnosti v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb (prováděním zdravotního výkonu).

Prohlašuji, že mi byla poskytnuta podrobná informace o implantovaném zdravotnickém prostředku podle zvláštního právního předpisu. (Toto prohlášení se týká pouze pacientů s implantovaným zdravotnickým prostředkem.)

Prohlašuji, že jsem byl/a poučen/a o možnosti odvolání tohoto informovaného souhlasu a беру na vědomí, že případné odvolání souhlasu nebude účinné, pokud již bude započato provádění zdravotního výkonu, jehož přerušování může způsobit vážné poškození zdraví nebo ohrožení života.

V případě výskytu neočekávaných komplikací vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků nutných k záchraně života nebo zdraví souhlasím, aby byly provedeny veškeré další potřebné a neodkladné výkony nutné k záchraně života nebo zdraví.

Prohlašuji, že jsem mohl/a klást doplňující otázky, na které mi bylo řádně odpovězeno, a že jsem informacím a poučení plně porozuměl/a a souhlasím s poskytnutím navrhovaných zdravotních služeb (zdravotním výkonem).

Informace uvedené v tomto souhlasu s poskytnutím zdravotních služeb týkající se nezletilého pacienta (pacienta s omezenou svéprávností) byly tomuto pacientovi poskytnuty přiměřeně jeho rozumové a volní vyspělosti.

POSOUZENÍ ZPŮSOBILOSTI NEZLETILÉHO PACIENTA NEBO PACIENTA S OMEZENOU SVÉPRÁVNOSTÍ K VYSLOVENÍ SOUHLASU:

(vyplní lékař/ka poskytující údaje a poučení)

- Pacient/ka **je** rozumově a volně vyspělý/á k vyslovení souhlasu s poskytnutím navrhovaných zdravotních služeb.
- Pacient/ka **není** rozumově a volně vyspělý/á k vyslovení souhlasu s poskytnutím navrhovaných zdravotních služeb.

Tento formulář ani žádná jeho část nesmí být reprodukovány, publikovány a šířeny žádným způsobem a v žádné podobě bez výslovného svolení vedení FN Plzeň.



Pacient/ka:

Rodné číslo:

Prohlášení indikujícího lékaře:

Prohlašuji, že jsem řádně informoval výše uvedeného pacienta (zákonného zástupce) o účelu, povaze a alternativách plánovaného vyšetření způsobem, který byl dle mého soudu pro něj srozumitelný. Dále jsem ověřil kontraindikace vyšetření.

.....
jmenovka (hůlkovým písmem nebo razítkem)

ZOK

podpis

Prohlášení provádějícího lékaře:

Prohlašuji, že jsem řádně informoval výše uvedeného pacienta (zákonného zástupce) o provedení, rizicích a možných komplikacích plánovaného vyšetření způsobem, který byl dle mého soudu pro něj srozumitelný. Dále jsem ověřil kontraindikace lékařského ozáření.

.....
jmenovka (hůlkovým písmem nebo razítkem)

ZOK

podpis

V Plzni dne: v hodin

.....
podpis pacienta/ky (podpis zákonného zástupce)

Vyplňte v případě, že pacient/ka je způsobilý/á k udělení souhlasu, ale nemůže se s ohledem na svůj zdravotní stav podepsat (např. pro úraz horní končetiny):

Současný zdravotní stav pacienta/ky nedovoluje, aby podepsal/a tento souhlas, protože:

Náhradní způsob projevu vůle (souhlasu):

kývnutím hlavy gestem: očima jinak:

Svědék:
jméno a příjmení podpis (není-li svědek zaměstnancem FN, uveďte se adresa a datum narození)

Vyplňte v případě, že pacient/ka (zákonný zástupce) odmítl/a souhlas podepsat:

Pacient/ka (zákonný zástupce) odmítl/a tento souhlas podepsat.

Lékař/ka (zdravotnický pracovník) poskytující údaje a poučení:

.....
jmenovka (hůlkovým písmem nebo razítkem)

ZOK

podpis

Svědék:
jméno a příjmení podpis (není-li svědek zaměstnancem FN, uveďte se adresa a datum narození)