

Informovaný souhlas pacienta/ky s výkonem GASTROSKOPIE

IDENTIFIKACE PACIENTA/KY:

Jméno:

Příjmení:

Datum narození:

Rodné číslo (je-li přiděleno):

Kód zdravotní pojišťovny:

Adresa místa trvalého pobytu v ČR*:

** pro cizince místo hlášeného pobytu v ČR (v případě, že nemá, adresa bydliště mimo území ČR)*

I. INFORMACE O ÚČELU A POVAZE VÝKONU

Gastroskopie je endoskopické vyšetření horní části trávicího ústrojí, tj. jícnu, žaludku a dvanáctníku. Účelem tohoto vyšetření je potvrzení či vyvrácení podezření na onemocnění této části trávicího ústrojí, nebo v případě známé choroby posouzení aktivity či rozsahu onemocnění a/nebo léčebný zákrok.

II. POPIS NAVRHOVANÉHO VÝKONU A PŘEDPOKLÁDANÉHO PROSPĚCHU VÝKONU

Při gastroskopii je pacientovi do hltanu stříknut znecitlivující sprej a následně je mu zaveden ústy do jícnu ohebný tenký optický přístroj (endoskop) a pod zrakovou kontrolou lékaře do dalších úseků horní části trávicího ústrojí. Dýchací cesty pacienta jsou po celou dobu zákroku volné. Ve zvláštních případech (intolerance vyšetření, předpokládaný obtížný průběh vyšetření) je možné před zavedením endoskopu podat tzv. analgosedaci. Vyšetření umožňuje přímé vizuální zobrazení sliznice, odběr drobných vzorků k dalším vyšetřením, popřípadě léčebný zákrok (např. ošetření krvácení, odstranění abnormální tkáně, zmenšení nádoru, zprůchodnění a/nebo rozšíření zúženého úseku trávicího ústrojí, odstranění cizího tělesa, provedení testu na přítomnost bakterií či kyseliny apod.). Vlastní výkon trvá v průměru 10 – 15 minut, záleží však na případném konkrétním nálezů a jeho lokalizaci v trávicím ústrojí. Během výkonu můžete přechodně cítit nutkání na zvracení, říhání a tlaky v břiše, jedná se však o obvyklé obtíže, a po výkonu pominou. Stejně tak případné škrábání v krku v důsledku podráždění sliznice hltanu. Gastroskopie je především metoda vyšetřovací (diagnostická), jejím přínosem je tudíž, že jako jediná metoda umožňuje zevrubné vyšetření horního trávicího traktu pacienta. Podle povahy onemocnění může navazovat bezprostřední nebo odložený plánovaný zákrok léčebný.

III. RIZIKA VÝKONU

Každý lékařský zákrok je spojen s riziky. Jednak jsou zde rizika spojená s případnou analgosedací (je-li použita), se kterými budete seznámen/a v rámci samostatného informovaného souhlasu a při pohovoru s anesteziologem a dále je gastroskopie vzácně spojena s rizikem komplikací, jako je alergická reakce na podaný lék, časný nebo pozdní krvácení, porušení stěny trávicího ústrojí. Riziko krvácivé komplikace zvyšují některé léky (Warfarin, Heparin, Anopyrin, Aspirin, a některé další). Proto, prosím, proberte s odesílajícím i vyšetřujícím lékařem všechny léky, které

Název dokumentu: Informovaný souhlas pacienta/ky s výkonem: Gastroskopie	Typ dokumentu: Informovaný souhlas	Platné od: 1. 1. 2020
IS_GASTRO_2 / S 17, vyd. 6	Zpracoval: doc. MUDr. Martin Bortlík, PhD.	Uvolnil: prof. MUDr. Milan Lukáš, CSc.
		Stránka 1 z 3

aktuálně užíváte. Některé léky zvyšující riziko krvácení je třeba před vyšetřením vysadit. Ve zvláštních případech (např. u pacientů s umělou srdeční chlopní) je třeba z bezpečnostních důvodů podat před vyšetřením preventivně antibiotika.

Některé z komplikací je nutno řešit buď chirurgickým zákrokem nebo nasazením příslušných léků a úpravou diety. Četnost uvedených komplikací závisí na zdravotním stavu pacienta/ky, přidružených onemocněních, a vlastním riziku zákroku. Zřídka se mohou vyskytnout závažné a překvapující komplikace odlišného typu, než které byly uvedeny výše.

IV. ALTERNATIVY ZDRAVOTNÍHO VÝKONU

Gastroskopie nemá žádnou relevantní (srovnatelnou) alternativu. Rentgen jícnu, žaludku a dvanáctníku je méně přesná zobrazovací metoda.

V. MOŽNÁ OMEZENÍ V DŮSLEDKU VÝKONU

Pokud jde pacient/ka na vyšetření dopoledne, může si dát večer před vyšetřením lehkou večeři. V den vyšetření už jíst nesmí. Pokud jde pacient/ka na vyšetření odpoledne, může si dát ráno (do 06:00 hod.) lehkou snídani. Pít je v den výkonu možné pouze čaj nebo minerálku v max. celkovém objemu 100 ml s tím, že úplně přestat pít je třeba nejpozději 3 hodiny před vyšetřením. V den plánovaného provedení gastroskopie je zakázáno kouřit. Pokud pacient/ka používá pravidelně nějaké léky, je potřeba, aby je užil/a, pokud možno, až po vyšetření, pokud není lékařem např. u léků na snížení krevního tlaku určeno jinak. V případě pochybností v souvislosti s pravidelným užíváním léků je potřeba vždy řešit situaci s lékařem.

Po výkonu se pacient/ka dle potřeby posadí v čekárně a počká na odeznění podaných léčiv. Lokální anestetikum, které je pacientovi/ce stříknuto do krku, ovlivňuje polykání, proto je možné jíst a pít až po odeznění tohoto anestetika (cca 1 hodina).

VI. SOUHLAS PACIENTA/KY

Prohlašuji, že jsem lékaře pravdivě informoval/a o svém zdravotním stavu, o všech onemocněních a alergiích, kterými trpím a o jiných významných skutečnostech a zvláštnostech týkajících se mého zdravotního stavu, o kterých vím, a že žádnou skutečnost, na kterou jsem byl/a dotazován/a lékařem při zjišťování zdravotního stavu, nezatajil/a. Prohlašuji, že jsem lékařům nezamlčel/a žádné údaje o svém zdravotním stavu, mně známé, které by mohly nepříznivě ovlivnit moji léčbu nebo ohrozit mé okolí, zejména rozšířením přenosné choroby.

Stvrzuji, že jsem byl/a srozumitelným způsobem lékařem v dostatečném rozsahu informován/a o svém zdravotním stavu a o navrženém individuálním léčebném postupu a navrhovaných zdravotních výkonech, a to i z hlediska posouzení, zda je navrhovaná péče pro mě nezbytná. Stvrzuji, že jsem byl/a kromě všeobecného poučení informován/a i o konkrétních rizicích a nebezpečích navrhovaného zdravotního výkonu spojených s mým individuálním zdravotním stavem.

Stvrzuji, že mi bylo lékařem vysvětleno, že navrhovaným zdravotním výkonem/službou nemusí být zaručeno dosažení předpokládaného výsledku.

Stvrzuji, že jsem byl/a poučen/a o možnosti vzdát se podání informace o svém zdravotním stavu a možnosti určit osoby podle § 32 a 33 zákona č. 372/2011 Sb., kterým mohou být podány informace o mém zdravotním stavu, mohou nahlížet do zdravotnické dokumentace příp. v zákonem předpokládaném případě udělit souhlas nebo nesouhlas s poskytnutím zdravotních služeb. V případě určení osob podle § 32 a 33 zákona č. 372/2011 Sb. je o tom sepsán zvláštní písemný záznam.

Stvrzuji, že mi bylo lékařem, který mi poučení poskytl, umožněno klást otázky a všechny mnou položené otázky mi byly lékařem srozumitelně zodpovězeny a byl/a jsem lékařem poučen/a o svém právu svobodně se rozhodnout, zda

Název dokumentu: Informovaný souhlas pacienta/ky s výkonem: Gastroskopie	Typ dokumentu: Informovaný souhlas	Platné od: 1. 1. 2020
IS_GASTRO_2 / S 17, vyd.6	Zpracoval: doc. MUDr. Martin Bortlík, PhD.	Uvolnil: prof. MUDr. Milan Lukáš, CSc.
		Stránka 2 z 3

udělím souhlas s poskytnutím navržené zdravotní služby/výkonu či nikoli.

Stvrzuji, že jsem všem poskytnutým informacím plně porozuměl/a, nemám žádné další otázky ani nejasnosti. Po obdržení potřebných informací, po zvážení předpokládaného přínosu a všech rizik a nebezpečí pro mé zdraví spojených s navrženým výkonem/službou, vyslovuji souhlas s provedením výše uvedeného navrhovaného zdravotního výkonu/služby (tj. diagnostická gastroscopie s případným rozšířením na některý z léčebných zákroků uvedených výše) a současně vyslovuji i souhlas s tím, aby byly i bez mého dodatečného souhlasu provedeny další, zde neuvedené zákroky, výkony a poskytnuty další zdravotní služby, bude-li to potřebné pro ochranu mého života či zdraví a nebude-li možné vyžádat si můj další dodatečný souhlas.

Zároveň prohlašuji, že jsem byl/a ošetřujícím lékařem poučen/a o případném pořízení audiovizuálního záznamu průběhu lékařského výkonu, který bude tvořit součást mé zdravotnické dokumentace. Rozumím, že záznam bude pořízen pouze a jedině z těch částí těla, které souvisí s indikovaným zákrokem. Anonymizovaný audiovizuální záznam průběhu lékařského výkonu může být použit pro interní, vědecké a studijní účely a může být poskytovatelem zdravotních služeb prezentován na kongresech, popř. seminářích, či publikován v odborných periodikách. V žádné z výše uvedených prezentací záznamu nebudou zveřejňovány osobní údaje, včetně zvláštních kategorií údajů (dříve citlivé údaje) ani další informace, které by vedly k identifikaci mé osoby - pacienta/ky.

Rovněž se zavazuji v případě, že není-li zdravotní výkon/služba v mém případě hrazen z veřejného zdravotního pojištění, uhradit poskytovateli odměnu za provedení zdravotního výkonu/služby dle ceníku, se kterým jsem byl/a seznámen/a.

V případě podezření na komplikaci provedené gastroscopie, kontaktujte lékaře gastroenterologického centra ISCARE, tel: 234770251

Máte-li jakékoliv doplňující otázky, neostýchejte se zeptat.

V Praze dne:

Podpis pacienta/ky:

VII. PROHLÁŠENÍ LÉKAŘE

Potvrzuji, že jsem vhodným způsobem poučil pacienta/ku jak je výše uvedeno, zejména jsem jasně a srozumitelně vysvětlil obsah tohoto poučení a seznámil jsem ho/ji s povahou zákroku, jeho riziky a komplikacemi.

Pacient/ka byl/a nad rámec výše uvedeného poučen/a i o rizicích a možných komplikacích zákroku s ohledem na jeho/její zdravotní stav. Tomuto poučení porozuměl/a a měl/a možnost klást lékaři poskytujícímu poučení dotazy, které mu/jí byly srozumitelně zodpovězeny.

V Praze, datum:

Jméno, příjmení a podpis lékaře:

Případné záznamy lékaře:

Název dokumentu: Informovaný souhlas pacienta/ky s výkonem: Gastroscopie	Typ dokumentu: Informovaný souhlas	Platné od: 1. 1. 2020
IS_GASTRO_2 / S 17, vyd. 6	Zpracoval: doc. MUDr. Martin Bortlík, PhD.	Uvolnil: prof. MUDr. Milan Lukáš, CSc.
		Stránka 3 z 3