

SVOBODNÝ A INFORMOVANÝ SOUHLAS S PLÁNOVANÝM VYŠETŘENÍM

GASTROSKOPIE

Jméno, příjmení:

Datum narození/rodné číslo:

Trvalé bydliště: Název/Kód ZP:

Důvod realizace tohoto zdravotního výkonu: Na základě Vašich potíží, nebo jako preventivní opatření k časnému rozpoznání možných chorobných změn v zažívacím traktu se u Vás pokládá za žádoucí provedení endoskopie jícnu, žaludku a dvanácterníku. Jedná se o invazivní výkon. Účelem a prospěchem tohoto výkonu je stanovení správné diagnózy a zvolení vhodné léčby.

Vážená paní, vážený pane,

Váš ošetřující lékař Vám na základě Vašeho zdravotního stavu doporučil **GASTROSKOPII (ESOFAGOGASTRODUODENOSKOPII)**. Máte právo svobodně se rozhodnout o postupu při poskytování zdravotních služeb Vaší osobě, pokud jiné právní předpisy toto právo nevyklučují. K provedení navrhovaného vyšetření je potřeba Vašeho souhlasu.

Chování v den vyšetření:

6 hodin PŘED vyšetřením - nejíst, nepít, nekouřit a neužívat léky.

Jste-li diabetik na insulinu, tak si jej budete aplikovat až po provedeném vyšetření.

VYŠETŘENÍ SE NEPROVÁDÍ PŘI AKUTNÍ INFEKCI DÝCHACÍCH CEST A DUTINY ÚSTNÍ**Průběh výkonu:**

Úvodem vyšetření si pacient vyjme z úst zubní protézu (v případě, že ji má) a sestra znecitliví sprejem sliznici hltanu. Následuje zavedení ohebného přístroje ústní dutinou do jícnu, do žaludku a do dvanácterníku. Lékař prohlédne sliznici uvedených etáží a v případě slizniční změny provádí bezbolestný odběr malého vzorku sliznice jemnými klíšťkami k histologickému vyšetření.

Možná rizika, komplikace a následky výkonu:

Absolutní bezrizikovitost svých opatření nemůže zaručit žádný lékař. Pokud nemáte zvláštní sklon ke krvácení, vede odběr vzorku pouze k malému krvácení. Alergické reakce na znecitlivění hltanu sprejem jsou velmi vzácné, stejně jako poranění nástrojem.

Alternativy výkonu:

RTG vyšetření - nelze odebírat vzorky a provádět léčebné zákroky.

Omezení v obvyklém způsobu života a pracovní schopnosti:

2 hod po vyšetření nejíst, nepít.

Následný léčebný režim, preventivní opatření a kontrolní zdravotní výkony:

Může dojít ke změně léčby, k hospitalizaci, nebo k opakovanému endoskopickému vyšetření. Případné komplikace si mohou vyžádat chirurgickou léčbu - operační výkon.

Abychom snížili riziko možné komplikace na minimum, zodpovězte nám, prosím, následující otázky. Zakroužkujte správnou odpověď:

Krvácíte dlouho při malém poranění, po odběru krve, vytržení zubu?	ANO	NE
Vznikají Vám snadno na kůži krevní podlitiny?	ANO	NE
Trpíte alergií na léky, náplasti?	ANO	NE
Trpíte závažným onemocněním (zelený zákal, epilepsie, cukrovka, ischemická choroba srdce, průduškové astma, AIDS) ev. akutním zánětem?	ANO	NE
Užíváte léky na snížení krevní srážlivosti (Anopyrin, Godasal, Warfarin, Heparin, Ibustrin, Plavix, Clopidogrel, Trombex, Pradaxa, Eliquis, Stacyl, Xarelto)	ANO	NE
Užíváte pravidelně léky proti bolesti jako je např. Ibuprofen, Surgam, Diclofenac, Olfen, Paralen, Tramal?	ANO	NE

Prohlášení lékaře:

Prohlašuji, že jsem výše uvedeného pacienta srozumitelným způsobem informoval o plánovaném výkonu včetně upozornění na možná rizika, komplikace a veškeré výše uvedené informace byly poskytnuty pacientovi s mým nejlepším vědomím a svědomím.

Ve Zlíně dne: **Jmenovka a podpis lékaře:**

Souhlas pacienta:

Já, níže podepsaný/á, prohlašuji, že jsem byl/a lékařem v klidu a dostatečném časovém prostoru, srozumitelně informován/a o svém zdravotním stavu, navrhovaném výkonu a jeho prospěchu, včetně upozornění na možná rizika a komplikace. Byl/a jsem informován/a o léčebném režimu po výkonu a vhodných preventivních opatřeních. Byla mi sdělena a vysvětlena alternativní možnost léčby. Byly mi poskytnuty informace pro případ změny zdravotního stavu a údaje o možných změnách zdravotní způsobilosti. Byl/a jsem poučen/a o svém právu svobodně se rozhodnout o postupu při poskytování zdravotních služeb, pokud toto mé právo není omezeno zákonem stanoveným důvodem. Informacím jsem plně porozuměl/a. Byla mi dána možnost klást doplňující dotazy, které mi byly řádně a dostatečně zodpovězeny.

Na základě poskytnutých informací a po vlastním zvážení svobodně a výslovně souhlasím s výše uvedeným výkonem.

Prohlašuji, že moje čeština je na takové úrovni, že jsem vše pochopil/a.

Ve Zlíně dne: **Podpis pacienta (zákonného zástupce):**

Identifikace zákonného zástupce:

Jméno a příjmení:

Datum narození: Vztah k pacientovi: