

Informovaný souhlas pacienta (zákonného zástupce) s gastroskopií

Pacient

Jméno a příjmení.....

Datum narození.....

Zdravotní pojišťovna.....

Zákonný zástupce /svědek/:

Jméno a příjmení

Bydliště

Datum narození

Vztah k pacientovi

Vážená paní, vážený pane,

k zákroku , který Vám byl doporučen, je třeba Vašeho souhlasu. Abyste se mohli v klidu rozhodnout, informujeme Vás nyní o způsobu, významu a případných komplikacích plánovaného výkonu.

1. Informace povaze onemocnění

Pacient prohlašuje, že byl lékařem informován o povaze onemocnění a že mu byly vysvětleny důvody, proč má vyšetření podstoupit.

2. Informace o potřebném výkonu

Gastroskopie – je endoskopické vyšetření, které umožňuje přímý a barevný pohled do jícnu, žaludku, bulbu dvanáctníku. Současně je možno cíleně, bezbolestně odebrat tkáň na histologické vyšetření / biopsie/, vyšetření šťávy event. provádět další specializované výkony.

Příprava:

Je povoleno večerjet, ale ráno v den vyšetření nesnídat, nekouřit. Je však možno se napít malého množství vody nebo čaje a to ještě 2 hodiny před vyšetřením. Nepijte mléko, kávu či antacida..maalox, gaviscon...

Pokud jste diabetik na insulinu, ohlaste tuto skutečnost při objednávání, abychom sladili čas vyšetření , jídlo a aplikaci insulinu !

a.Klasická varianta ústy:

b.Varianta nosní cestou:

3. Očekávaný přínos (prospěch) výkonu

Vyšetřením lze rozpoznat nemoci jícnu, žaludku, dvanáctníku, které Vám mohou způsobovat potíže nebo by pro Vás mohly být v budoucnu rizikové. Radu těchto onemocnění jsme schopni následně řešit.

4. Rizika výkonu

Absolutní bezrizikovitost vyšetření nemůže zaručit žádný lékař. Mohou vyskytnout alergie na podávané léky. Pokud nemáte zvýšený sklon ke krvácení vede odběr vzorků tkáně pouze k drobnému slizničnímu krvácení, které spontánně ustane. Vyjíměčně může dojít k poranění nebo protržení trávicí trubice, krvácení z nosu, poranění hlasivek, srdeční arytmií a tyto komplikace by si mohly vyžádat hospitalizaci, medikamentózní léčbu a chirurgické řešení. Přínos vyšetření pro diagnostiku i léčbu vysoce převyšuje míru možného rizika.

5. Alternativy výkonu

Vyšetření lze nahradit **rentgenovou metodou** s pitím kontrastní látky – nevýhodou vyšetření je radiační zátěž, nemožnost posouzení změn na vlastní sliznici a nemožnost případného odběru vzorků. Vaše právo je i to, že můžete navrhované vyšetření odmítnout, ale v tom případě nebude možno stanovit diagnózu. Pacient tímto prohlašuje, že o alternativách vyšetření, jakož i o jejich výhodách a nevýhodách, byl informován.

6. Sedace

7. Otázky pro pacienta

/ správně zakroužkujte/

Máte sklon ke krvácení již při malých poraněních nebo pro vytržení zubu ?

Ne

Ano

Trpíte přecitlivělostí vůči lékům, náplastím, sennou rýmou ?

Ne

Ano

Užíváte léky na ředění krvewarfarin, anopyrin, godasalplavix

Ne

Ano

Prohlášení lékaře

Prohlašuji, že jsem výše uvedeného pacienta srozumitelným způsobem informoval o plánovaném vyšetření a to včetně upozornění na možné komplikace.

Datum

Podpis lékaře

Souhlas pacienta:

Já níže podepsaný, prohlašuji, že jsem byl lékařem srozumitelně informován o plánovaném vyšetření včetně upozornění na možno komplikace. Byly mi zodpovězeny mé doplňující dotazy / pokud byly položeny/. Na základě poskytnutých informací a po vlastním zvážení souhlasím s provedením vyšetření. Souhlasím též s provedením event..dalších výkonů, pokud by jejich neprovedením bezprostředně ohrozilo můj zdravotní stav.

Datum

podpis pacienta