

## INFORMOVANÝ SOUHLAS

### ENDOSONOGRRAFIE HORNÍHO ZAŽIVACÍHO TRAKTU VČETNĚ PŘÍPADNÉ PUNKČNÍ BIOPSIE

**Vážená paní, vážený pane, vážení rodiče,** na základě klinického vyšetření zdravotního stavu Vám doporučil ošetřující lékař speciální ultrazvukové vyšetření odborně nazývané **endosonografické vyšetření horní části zaživacího traktu**. Vyšetření poskytuje detailní informaci o sliznici, stěně a okolních orgánech zaživacího traktu, která není dosažitelná jinými metodami. Podle současných právních předpisů Vám předkládáme písemnou formu tzv. informovaného souhlasu platnou v našem zdravotnickém zařízení. Jeho podpisem dáváte najevo, že s provedením vyšetření u Vás souhlasíte. Dokument zároveň obsahuje nejdůležitější informace k potřebné přípravě k výkonu, jeho kontraindikacím, průběhu, rizikům a možným důsledkům. **Informace o důvodu provedení výkonu a jeho alternativách (jiné možnosti) Vám poskytl indikující lékař, který Vám doporučil jeho provedení.**

#### 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 nebo Godasalu** je třeba tento lék 7 dní 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 trubice o průměru 1,5 cm. Na konci endoskopu je umístěna malá ultrazvuková sonda, kterou lze zavést do jícnu, žaludku a dvanáctníku. Endoskop zavádíme za místního znecitlivění dutiny ústní a hltanu sprejem lokálního anestetika. Před vyšetřením a při něm vám budou podávány zklidňující léky a léky uvolňující stahy stěny trávicí trubice. Ve většině případů provádíme speciální tenkou jehlou odběr tkáně z podezřelého ložiska (biopsii) za sonografické kontroly. Jedná se speciální tenkou punkční jehlu zaváděnou endoskopem až na jeho konec, kde je s jehlou manipulováno za kontroly ultrazvukem. Jehlu užíváme k nasátí droboučkého vzorku tkáně. Kalibr jehly je velmi malý. Počet vlastních vpichů určuje výkon provádějící lékař. Během vyšetření se lékař ubezpečuje o přesnosti odběrů ultrasonografií vyšetřovaného místa. Vyšetření většinou trvá 30 minut. Vzorky bývají vyšetřeny do týdne.

#### Rizika, následky a možné komplikace výkonu.

Metoda není zcela bez rizik. Úmrtí v souvislosti s výkonem je extrémně vzácné. Možné komplikace mohou být při zavádění sondy i vlastní biopsii, ale jsou velmi řídké. Jedná se především o **krvácení, perforaci (proděravění)** stěny trávicí trubice a infekci. Mohou si vyžádat hospitalizaci, krevní převody nebo i operační výkon. Tyto projevy mohou nastat opožděně, a proto v případě biopsie budete hospitalizován/a. 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.

#### Chování po výkonu, možná omezení.

Po vyšetření bez biopsie budete většinou propuštěn/a domů, vzhledem k podání látek tlumících Vaši pozornost byste měl/a mít zajištěný doprovod dospělé osoby, v den výkonu byste měl/a dodržovat klidový režim a zhruba 6 hodin po výkonu nejíst. Při jakémkoli zhoršení Vašeho stavu doma konzultujte lékaře nebo RZP. Po vyšetření

**Radiodiagnostické oddělení**

s biopsií budete krátce hospitalizován/a, dodržujte režim, který Vám bude naordinován ošetřujícím lékařem. 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 mé osobě, pokud jiné právní předpisy toto právo nevyklučují.
- ✓ Nezamlčel/a jsem žádné mně známé údaje o mém zdravotním stavu, které by mohly nepříznivě ovlivnit moji 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 mé osoby 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 beru na vědomí, že případné odvolání souhlasu nebude účinné, pokud již bude započato provádění zdravotního výkonu, jehož přerušeni 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).**

V Plzni dne: .....v ..... hod.

**Pacient/ka:** ..... **rodné číslo** .....

Zákonný zástupce: ..... příbuzenský vztah .....

**Podpis pacienta/pacientky:** .....

Lékař provádějící poučení .....  
jmenovka, podpis

V případě, že pacient/ka s ohledem na svůj zdravotní stav není schopen/schopna informovaný

souhlas podepsat, z důvodu: .....

Způsob projevu souhlasu: .....  
(kývnutí hlavy, gestem, očima, jiný způsob)

.....  
podpis zákonného zástupce nebo svědka