

## Informovaný souhlas pacienta(tky) s výkonem

### Endoskopická pseudocystogastrostomie (drenáž cysty slinivky břišní)

#### Vážená paní, Vážený pane,

vzhledem k tomu, že jako svéprávný jedinec se podílíte významným způsobem na diagnostickém a léčebném postupu navrženém u Vaší osoby, máte nezadatelné právo být před Vaším rozhodnutím o těchto postupech podrobně informován(a).

Na základě Vašeho aktuálního zdravotního stavu Vám byla lékařem indikována endoskopická pseudocystogastrostomie (drenáž cysty slinivky břišní).

#### Jaký je důvod (indikace) tohoto výkonu:

Pseudocysta je dutina v blízkosti slinivky břišní vyplněná tekutinou. Vznikla v důsledku a jako komplikace zánětu slinivky břišní. Často tlačí na okolní orgány, může se infikovat nebo prasknout do dutiny břišní. Podstatou tohoto terapeutického výkonu je eliminovat tyto nežádoucí projevy pseudocysty.

#### Alternativy výkonu:

Alternativou je chirurgické provedení pseudocystogastrostomie při otevřené břišní operaci v celkové anestézii. Výhodou endoskopické pseudocystogastrostomie je menší invazivita než velký chirurgický výkon.

#### Jaký je režim pacienta před výkonem:

Před plánovaným výkonem je nutno od půlnoci předchozího dne nejíst a nekouřit. Nejpozději dvě hodiny před výkonem se můžete ještě napít čirých tekutin (voda, čaj).

#### Jaký je postup při provádění výkonu:

Spočívá v místním umrtvení dutiny ústní sprejem a zavedení endoskopu do jícnu a žaludku. Zde provádíme nejprve ultrazvukové vyšetření a poté pomocí speciálních nástrojů (akcesorií) drenáž pseudocysty. Cílem výkonu je vyprázdnit dutinu pseudocysty do zažívacího traktu pomocí vytvořené komunikace mezi dutinou a žaludkem s vložením několika stentů (drénů), které zajišťují vyprázdnění dutiny. Jedná se o kombinovaný výkon, kdy endoskopii (endoskopickou ultrasonografií) doplňujeme podle potřeby rentgenovým vyšetřením (skiaskopií). Před vyšetřením Vám budou aplikovány zklidňující léky do žíly, abyste během výkonu byli klidní. V případě, že máte alergii na některé léky, nahlaste to před vyšetřením lékaři. Vyšetření však většinou provádíme v celkové anestezii za asistence anesteziologa.

#### Jaké jsou možné komplikace a rizika:

Bezrizikovitost nelze zaručit. Výkon je vzácně spojen s rizikem komplikací: porušení stěny trávicího ústrojí, časným nebo pozdním krvácením, akutním zánětem slinivky břišní, poraněním okolních orgánů, zánětem pobříšnice, popř. migrací (vycestováním) stentu mimo žaludek do pseudocysty či do břišní dutiny. Riziko krvácení zvyšují některé léky (Warfarin, Fraxiparin, Heparin, Anopyrin, Trombex, Plavix, Xarelto, Eliquis a některé další). Proto prosím proberte s odesílajícím a vyšetřujícím lékařem všechny léky, které aktuálně užíváte. Některé léky zvyšující riziko krvácení je třeba před vyšetřením přechodně vysadit, nebo provést kontrolu jejich účinnosti.

#### Podání sedace a analgosedace:

Sedace je stav s navozenou sníženou úrovní vědomí docílený sedativy. Volba sedace (její hloubky) závisí na tom, jak budete vyšetření tolerovat, na Vašem stavu a Vašich komplikujících onemocněních. Konečná volba závisí na poskytujícím lékaři po domluvě s Vámi. Cílem je navodit zklidnění, blokování stresové reakce, zlepšit toleranci vyšetření, podmínkou je zajištění žilního vstupu.

Hlubší sedace může představovat pro pacienty riziko, proto se věnuje v jejím průběhu pozornost přítomnosti obranných reflexů pacienta, udržení průchodnosti dýchacích cest, reakcím na oslovení a stimulaci, sledování základních životních funkcí (EKG, TK, čidlo pro měření sytění krve kyslíkem).

#### Jaké jsou možné komplikace a rizika sedace:

Po výkonu může přetrvávat ospalost, malátnost, zhoršení koordinace. Léky užívané k sedaci mohou navodit stav snížené dechové aktivity nebo až přechodnou zástavu dýchání, která se řeší pomocí podpurných prostředků až do

návratu vlastní dechové aktivity. Ve vzácných případech se projeví alergie pacienta na podávané léky (zarudnutí kůže, v závažných případech astmatické a oběhové potíže a v nejzávažnějších případech tzv. anafylaktický šok). Je proto důležité, abyste sdělili svému ošetřujícímu lékaři všechny alergie, o kterých víte.

**Jaký je režim pacienta po výkonu v sedaci:**

V bezprostředním období po výkonu je péče zajišťována na lůžkovém oddělení nebo na dospávacím pokoji, kde je pacient sledován, hodnotí se stav vědomí a dýchání, měří se krevní tlak, sleduje se sycení krve kyslíkem, event. se monitoruje i EKG. Pacient nesmí 24 hodin po výkonu řídit motorové vozidlo, obsluhovat elektrické stroje, pracovat ve výškách, činit právně závazná rozhodnutí, požívat alkohol. Po dobu 24 hodin nemá zůstat doma sám bez dohledu poučené dospělé osoby. Musí mít k dispozici telefon a možnost být v případě potřeby pohotově dopraven do zdravotnického zařízení.

**Identifikační údaje pacienta(tky):**

Příjmení:	Jméno:	Titul:	RČ:
-----------	--------	--------	-----

**Identifikační údaje zákonného zástupce, opatrovníka:**

Příjmení:	Jméno:	Datum narození:
-----------	--------	-----------------

**Plánovaný výkon:**

<b>Endoskopická pseudocystogastrostomie (drenáž cysty slinivky břišní)</b>
--

Vysvětlující pohovor provedl:

identifikace a podpis lékaře

Prohlašuji, že mi byl náležitě objasněn důvod, předpokládaný prospěch, způsob provedení, následky i možná rizika a komplikace plánovaného výkonu. Dále mi byly vysvětleny možné alternativy včetně jejich komplikací a zdravotní důsledky vyplývající z nepodstoupení plánovaného výkonu. Měl(a) jsem možnost zeptat se lékaře na všechno, co mě ve vztahu k plánovanému výkonu zajímá a obdržel(a) jsem vysvětlení, kterému jsem porozuměl(a). S provedením výše uvedeného výkonu souhlasím.

Dále prohlašuji, že jsem pravdivě informoval(a) ošetřujícího lékaře o dosavadním vývoji zdravotního stavu, včetně informací o infekčních nemocech, o zdravotních službách poskytovaných jinými poskytovateli, o užívání léčivých přípravků, včetně užívání návykových látek, a dalších skutečnostech podstatných pro poskytování zdravotních služeb a nezatajil(a) jsem žádné okolnosti svého zdravotního stavu, které jsou překážkou v provedení výkonu či mohou být v jakékoli souvislosti se vznikem komplikací.

Bylo mi podáno vysvětlení, že v případě výskytu neočekávaných komplikací vyžadujících neodkladné provedení dalších výkonů nutných k záchraně mého života nebo zdraví, budou tyto výkony provedeny.

V Ostravě dne: .....

.....  
podpis pacienta(tky), zákonného zástupce,  
opatrovníka