

Informovaný souhlas pacienta(tky) s výkonem

Endoskopické vyšetření jícnu (Esophagoscopia)

Vážená paní, Vážený pane,

vzhledem k Vašemu zdravotnímu stavu Vám bylo doporučeno endoskopické vyšetření jícnu. V souladu s **Úmluvou o lidských právech a biomedicíně**, vyhlášenou pod č. 96/2001 Sb.m.s., vyžaduje tento operační zákrok Váš informovaný souhlas.

Důvod a cíl operace:

Nejčastější indikací k esofagoskopii jsou spolknutá cizí tělesa, zaklíněná v jícnu (velké kusy potravy, kosti, kovová cizí tělesa apod.), dále stavy po poleptání jícnu kyselinami či louhy a některá onemocnění jícnu (zúžení, chronický zánět, atd.). Vyšetření je prováděno v celkové anestézii kovovým tubusem zavedeným ústy.

Povaha a následky operačního výkonu:

Cizí tělesa jsou za kontroly zraku odstraněna speciálními nástroji (klíšťkami), při podezření na nádorové onemocnění odebíráme malý vzorek tkáně na histologické vyšetření. Při stavech zúžení jícnu můžeme zúžené místo rozšířit dilatátory.

Režim před operačním výkonem:

Před plánovaným výkonem v celkové anestézii je nezbytné minimálně 6 hodin nejíst, nepít a nekouřit.

Rizika výkonu:

I při správném postupu v souladu s příslušnými profesními povinnostmi a standardy (lege artis) mohou vzniknout v souvislosti s uvažovaným zákrokem jisté komplikace. Hroznaté cizí těleso, nebo i kovový tubus může perforovat (proděravět) stěnu jícnu s mnoha závažnými komplikacemi (zánět mezihrudí, šokový stav, v ojedinělých případech hrozí i riziko úmrtí). Po operaci může dojít k přechodnému zhoršení hlasu, bolestem při polykání, ojediněle zhoršení dýchání, otoku hrtanu, bolestem v krku, bolestem krční páteře, k uvolnění poškozeného chrupu, *nebo zubní náhrady*. Četnost uvedených komplikací závisí na rozsahu a povaze patologického procesu.

Další možná rizika jsou spojená s přihlédnutím k individualitě pacienta a jeho celkovému zdravotnímu stavu. Může se jednat o poruchy srdce a oběhu, plicní komplikace, poruchy hojení ran a infekční komplikace.

Hospitalizace a rekonvalescence:

Režim pacienta po operačním zákroku závisí na rozsahu operace a hojení rány. Pooperační průběh může být komplikován zánětem či jinými komplikacemi, uvedenými výše. O případném speciálním režimu budete podrobně poučen(a) ošetřujícím lékařem.

Celková doba hospitalizace se předpokládá v rozmezí 3-5 dnů.

Předpokládaná doba rekonvalescence po propuštění z nemocnice činí v průměru 7-10 dnů.

(Oba číselné údaje jsou udávány průměrnou hodnotou a mohou se lišit v závislosti na individualitě pacienta a v závislosti na vzniklých komplikacích).

Alternativy výkonu:

Alternativy nejsou. Cizí těleso musí být vyjmuto, protože jeho ponechání v jícnu může vážně ohrozit život pacienta.

Identifikační údaje pacienta(tky):

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

Identifikační údaje zákonného zástupce, opatrovníka:

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

Plánovaný výkon:

Endoskopické vyšetření jícnu (Esophagoscopy)

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 plánované léčbě zajímá a obdržel(a) jsem vysvětlení, kterému jsem porozuměl(a). S podáním výše uvedené léčby souhlasím.

Dále prohlašuji, že jsem pravdivě informoval(a) ošetřujícího lékaře o dosavadním vývoji svého 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

V případě, že se pacient(tka) nemůže podepsat:

Důvod:

Způsob projevu souhlasu:

Svěděk:

.....
jméno a příjmení

.....
podpis svědka