

Informovaný souhlas pacienta(tky) s výkonem

Léky navozená spánková endoskopie (Drug-Induced Sleep Endoscopy – DISE)

Vážená paní, Vážený pane,

vzhledem k Vašemu zdravotnímu stavu Vám bylo doporučeno vyšetření léky navozenou spánkovou endoskopií (DISE). V souladu s Úmluvou o lidských právech a biomedicíně, vyhlášenou pod č. 96/2001 Sb.m.s., vyžaduje toto diagnostické vyšetření Váš informovaný souhlas.

Co je léky navozená spánková endoskopie:

Spánková endoskopie (drug-induced sleep endoscopy – DISE) je jediná objektivní metoda pomocí níž je možno přímo zjistit místo/a zúžení či uzávěru v oblasti horních cest dýchacích při uměle navozeném spánku a tímto je možno optimalizovat léčbu pacientů s obstrukční spánkovou apnoí (zástavou dechu). Jedná se o diagnostické vyšetření tenkou ohebnou trubicí – endoskopem, která je zaváděna přes nosní dutinu. Pomocí tohoto vyšetření je možno prohlédnout nejen samotnou nosní dutinu, ale i nosohltan, hltan a hrtan. Kromě zjištění možných patologických změn v této oblasti (zánětlivé změny, nádory, vrozené vady apod.), lze tímto vyšetřením zjistit i možná zúžení či uzávěr v oblasti horních cest dýchacích, které by mohly být příčinou zástav dechu ve spánku a upřesnit tak optimální způsob další léčby. Celé vyšetření probíhá až po uvedení pacienta do umělého spánku pomocí léků podávaných nitrožilně.

Jaký je režim před a po vyšetření:

Vyšetření je prováděno při uměle navozeném spánku, proto režim a příprava je stejná jako v rámci přípravy k celkové anestézii (viz samostatný informovaný souhlas).

Jaký je postup při vyšetření:

Vyšetření se provádí na operačním sále, v poloze na zádech, součástí je monitorace životních funkcí (saturace krve kyslíkem, EKG). Pomocí léku podaných nitrožilně budete uveden(a) do umělého spánku. Poté bude provedena flexibilní endoskopie horních cest dýchacích, bude pořízen záznam, který bude následně vyhodnocen.

Jaké jsou možné komplikace vyšetření:

Jedná se o bezpečné vyšetření, u kterého není předpoklad výskytu komplikací. Ve výjimečných případech může dojít ke krvácení z dutiny nosní.

Výsledky vyšetření:

Všechny výsledky budou standardní součástí zdravotnické dokumentace a bude s nimi nakládáno podle platné legislativy. Podepsáním tohoto informovaného souhlasu souhlasíte se statistickým vyhodnocením dat získaných při vyšetření. Záznam dat je prováděn anonymně.

Alternativa výkonu:

Alternativy nejsou.

Identifikační údaje pacienta(tky):

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

Identifikační údaje zákonného zástupce, opatrovníka:

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

Plánovaný výkon:

Léky navozená spánková endoskopie
--

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:

.....

Svědek:

jméno a příjmení

podpis svědka