

## Informovaný souhlas pacienta(tky) s výkonem

### Perkutánní endoskopická gastrostomie (PEG) u dítěte

#### **Vážení rodiče, Vážený paciente,**

vzhledem k tomu, že jako svéprávní jedinci se podílíte významným způsobem na diagnostickém a léčebném postupu navrženém u Vašeho dítěte, máte nezadatelné právo být před Vaším rozhodnutím o těchto postupech podrobně informován(i).

Na základě aktuálního zdravotního stavu bylo Vašemu dítěti lékařem doporučeno zavedení perkutánní endoskopické gastrostomie (PEG).

#### **Co je to perkutánní endoskopické gastrostomie (PEG):**

PEG je umělý vývod – stomie – hadička, která je vyvedena z žaludku navenek přes břišní stěnu a slouží k podávání výživy přímo do žaludku pacienta v případě, že není možné výživu přijímat ústy – z důvodu překážky (např. nádoru), silného zánětu nebo jiného poškození v krku, v jícnu nebo v oblasti dutiny ústní, nebo z důvodu poruchy příjmu potravy na podkladě poruchy polykání při neurologickém onemocnění dítěte. PEG se zavádí při výkonu zvaném Gastroskopie, při tomto výkonu lékař zavádí ústy pacienta ohebnou trubici – endoskop – do jícnu a žaludku, endoskop má tzv. pracovní kanál, určený k zavádění různých nástrojů. Přes kůži břicha se pak do žaludku zavede vodič a po vodiči se ze žaludku ven vytáhne PEG katétr, ošetří se místo vstupu a katétr se připevní fixátorem na kůži. U dětí provádíme tento výkon v celkové anestezii.

#### **Alternativy zavedení PEG:**

- zavedení gastrostomie operačně v celkové anestézii v případě, že není možnost zavedení gastrokopu do jícnu či žaludku pro jejich vážné poškození,
- výživa pacienta sondou do žaludku přes nos nebo ústa (nedoporučuje se dlouhodobě),
- chirurgické zavedení nutriční sondy do horní části tenkého střeva (jejunostomie).

#### **Jaký je režim pacienta před a po výkonu:**

Výkon je prováděn vždy během hospitalizace, u dětí v celkové anestezii. Po výkonu dostává pacient antibiotika a je postupně zatěžován stravou. Hospitalizace většinou trvá 3 dny do plného zatížení stravou podávanou PEG katétre a zácivku v péči o katétr a podávání stravy. Do PEG katétru by měla být podávána pouze enterální výživa (speciální definovaná kompletní výživa), nikoliv kuchyňský mix.

#### **Jaké jsou možné komplikace zavádění PEG:**

- infekce v oblasti průniku břišní stěnou,
- vzácně hematom či poškození jiných orgánů (tenkého střeva),
- dále se jako komplikace může vyskytnout porucha průchodnosti trávicího traktu,
- krvácení z vpichu po zavedení – navenek nebo dovnitř do dutiny břišní,
- změna polohy PEG a jeho vyklouznutí z žaludku nebo i navenek ze stěny břišní.

**Identifikační údaje pacienta(tky):**

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

**Identifikační údaje zákonného zástupce, opatrovníka:**

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

**Plánovaný výkon:**

<b>Perkutánní endoskopická gastrostomie (PEG) u dítěte</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 svého dítěte, 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 zdravotního stavu svého dítěte, 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 života nebo zdraví mého dítěte, budou tyto výkony provedeny.

V Ostravě dne: .....

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