

**Záznam o informovaném souhlasu s
provedením perkutánní gastrostomie (PEG)**

Jméno a příjmení klienta: _____

Identifikace (číslo pojištěnce): _____

Bydliště: _____

Zákonný zástupce, svědek
(jméno a příjmení, vztah
k pacientovi, bydliště, rodné
číslo): _____

Vážená paní, vážený pane,

k zákroku, který Vám doporučujeme, je potřeba Vašeho souhlasu. Abyste se mohl/a zodpovědně rozhodnout, informujeme Vás prostřednictvím tohoto záznamu a pohovorem s lékařem/kou o Vašem onemocnění, jeho prognóze, o možných způsobech léčby a jejich případných rizicích.

I. Informace o povaze onemocnění: Pacient prohlašuje, že byl svým indikujícím lékařem informován o povaze onemocnění a že mu byly vysvětleny důvody, proč má vyšetření podstoupit.

II. Informace o potřebném výkonu: Na začátku zákroku Vám může být aplikována do žíly injekce na uklidnění a na snížení bolestivosti. Hltan vám bude znecitlivěn sprejem. Mezi zuby stisknutým náustkem se ústy zavede optický přístroj (endoskop) do jícnu žaludku a části tenkého střeva (dvanáctníku). Přechodně při tom můžete cítit tlak krku a tlaky v břiše. V případě potřeby Vám mohou být odebrány malými kleštěmi drobné vzorky tkáně nebo elektrokoagulační kličkou odstraněny polypy. V průběhu toho výkonu nalezneme vhodné místo pro zavedení výživové sondy. Toto místo na kůži vydezinfikujeme, poté aplikujeme do kůže a podkoží injekcí lokální znecitlivění. Po znecitlivění vytvoříme v kůži malý otvor, kterým zavedeme výživovací sondu. Tyto výkony jsou prakticky nebolestivé.

III. Očekávaný přínos (prospěch) výkonu: V čem jsou vyšetření horní části zašívacího traktu a zavedení gastrostomické sondy přínosné: Na základě Vašich obtíží se u Vás pokládá za žádoucí provést endoskopii horní části zašívacího traktu (jícnu, žaludku a dvanáctníku) a při ní zavést do žaludku skrz kůži výživovou sondu. Obnova příjmu potravy.

IV. Rizika výkonu: Absolutní bezrizikovitost vyšetření nemůže zaručit žádný lékař. Mohou se vyskytnout alergie na podané léky. Pokud nemáte zvýšený sklon ke krvácení vede odběr vzorků tkáně pouze k drobnému slizničnímu krvácení, které spontánně ustane. Větší krvácení infekce či perforace trávicí trubice jsou velmi výjimečné. Zcela výjimečně by si mohly vyžádat chirurgické řešení. Dalším nežádoucím účinkem by mohl být i několik dnů trvající pocit odřeného krku.

V. Alternativy výkonu: Jiná možnost je zavedení výživové sondy chirurgickou cestou, což vyžaduje celkové znecitlivění a mívá větší komplikace. Vaše právo je i to, že můžete navrhované vyšetření (jako i všechna ostatní) odmítnout, ale v tom případě nebude možno stanovit diagnózu a pomoci Vám s Vaší výživou. Pokud máte dotaz, rád Vám ho zodpoví lékař před vyšetřením. Pacient tímto prohlašuje, že o alternativách léčby, jakož i o jejich výhodách a nevýhodách, byl informován.

VI. Sedace

Cílem sedace je navodit zklidnění, snížení vnímání bolesti, zmenšení strachu, blokování stresové reakce, vegetativní stabilitu, snížení pravděpodobnosti zapamatování si nepříjemných prožitků a umožnění nutných léčebných nebo diagnostických výkonů. Je to říditelný stav útlumu vědomí a vnímání bolesti docílený podáním léků a používá se při léčebné a diagnostické péči o pacienty. Nejčastěji se k jeho navození používají benzodiazepiny a opioidní analgetika. Pacient je probuditelný různě silným podnětem. Volba sedace (i její hloubky) závisí na charakteru a délce výkonu, stavu pacienta a komplikujících onemocněních. Při podávání sedace musí být pacient lačný. Sedace může ovlivnit dýchání. Pomocí malého kolíčku na prstu ruky se během celého výkonu sleduje dýchání a srdeční akce. Může být podán kyslík pomocí obličejové masky.

Alternativy sedace:

1. Provedení výkonu při plném vědomí
2. Celková anestézie (nutná hospitalizace)

Abychom snížili rizika na minimum, zodpovězte prosím pečlivě následující otázky: (správné zakroužkujte)

Absolvoval jste v minulosti vyšetření/výkon v sedaci/celkové anestézii?

NE ANO

Vyskytly se během tohoto zákroku komplikace (např. reakce na podané léky)?

NE ANO

Máte zvýšený sklon ke krvácení již při malých poraněních, nebo po vytržení zubu?

NE ANO

Trpíte přecitlivělostí vůči lékům, náplastím, potravinám, sennou rýmou?

NE ANO (kterým? vypište prosím

Trpíte chronickým onemocněním (např. jater, ledvin, ischemickou chorobou srdeční, cukrovkou, zeleným zákalem, epilepsií)?

NE ANO (kterým? vypište prosím

Jaké léky užíváte?

NE ANO (které? vypište prosím – hlavně léky na ředění krve Anopyrin, Godasal, Warfarin,

Užíváte někdy prášky na spaní?

NE ANO (které? vypište prosím

Jste těhotná? NE ANO

Prodělal/a/ jste nějakou operaci?

NE ANO (jakou? vypište prosím:

VII. Možná omezení v důsledku výkonu, léčebný režim, preventivní opatření, kontrolní výkony

Pokud dostanete uklidňující injekci, může dojít i na několik hodin k omezení Vašich reakcí. Po výkonu si odpočnete v místnosti k tomu vyhrazené. Po zhodnocení celkového stavu budete propouštěni do domácí péče nebo dále hospitalizováni. Po dobu 12 hodin po výkonu nesmíte řídit automobil, obsluhovat stroje a zařízení, která vyžadují zvýšenou pozornost, pracovat ve výškách a vykonávat činnosti, při kterých nesmí být ovlivněno vědomí. Je vhodné si zajistit doprovod dospělou osobou. Ohledně event. změny dietního režimu Vás poučí lékař po vyšetření.

Prohlášení pacienta:

Prohlašuji, že jsem obdržel/a informace v plném rozsahu porozuměl/a.

Prohlašuji, že mi bylo lékařem/kou srozumitelně vysvětleno vše co s obsahem informovaného souhlasu souvisí.

Prohlašuji, že jsem měl/a možnost klást doplňující otázky související s postupem/výkonem a že mi byly srozumitelně zodpovězeny.

Prohlašuji, že jsem byl/a lékařem informována a beru na vědomí, že předpokládaného výsledku uvedeného zdravotního výkonu nemusí být dosaženo.

Prohlašuji, že jsem byl/a informován/a o možnosti navrhovanou péči/výkon odmítnout.

Prohlašuji, že s navrhovanou péčí/konkrétním výkonem výslovně souhlasím a činím tak vážně, ze své vlastní svobodné vůle.

Souhlasím, aby v případě neočekávaných komplikací, vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků nutných k záchraně života nebo zdraví, byly tyto provedeny.

Nezamlčel/a jsem žádné skutečnosti, které by mohly mít vliv na léčbu, volbu a provedení zákroku nebo by mohly ohrozit jiné osoby.

Ve Strakonických dne:

Jméno, příjmení a podpis pacienta (nebo zákonného zástupce)

Identifikace a podpis lékaře

S ohledem na nemožnost projevit osobně písemný souhlas, potvrzuje tento souhlas pacienta svědek. Zdůvodnění a způsob projeveného souhlasu:

.....
podpis svědka