

Dat. nar.:

Č. poj.:

Bydliště:

Kód poj.:

ZÁZNAM O INFORMOVANÉM SOUHLASU

VÝKON (DRUH PÉČE), SE KTERÝM PACIENT/PACIENTKA VYSLOVUJE SOUHLAS

Endoskopická retrográdní cholangiopankreatografie (ERCP)

ZÁKONNÝ ZÁSTUPCE

INFORMACE O POVAZE ONEMOCNĚNÍ NEBO VÝKONU

Účel výkonu a jeho průběh:

Je vyšetření vývodných cest slinivky břišní a žlučových cest duodenoskopem (optický ohebný přístroj).

ERCP je nejspolehlivější metoda k určení rozsahu a druhu onemocnění pankreatobiliárního systému s možností okamžitého léčebného zákroku.

Vyšetření lze provést jen u připravených nemocných (nalačno 6 hodin). Přístroj zasuneme ústy do jícnu, žaludku, dvanáctníku, kde nasondujeme společné ústí slinivky a žlučovodů a nastříkujeme kontrastní látkou. Dle nálezu pak volíme další léčebný postup-bezbolestné rozšíření ústí žlučovodů, odstranění kamenů ze žlučových cest, atd. Při vyšetření mohou vzniknout nepříjemné pocity v oblasti hltanu, proto můžeme aplikovat znečitlivující sprej. Dýchací cesty zůstávají volné, dýchání není omezené. Odřihávání je způsobené přívodem vzduchu do žaludku. Před vyšetřením podáváme injekci k psychickému zklidnění a zpomalení střevní činnosti. Výkon provádíme jen u hospitalizovaných pacientů.

Možné alternativy výkonu (stručné hodnocení):

Perkutánní transhepatální cholangiografie (je rizikovější s více komplikacemi), magnetická cholangiopankreatografie (neumožňuje léčebný zákrok).

Rizika a možné důsledky výkonu:

Jsou velmi vzácné. Alergické reakce na uklidňující injekci, větší krvácení, zánět slinivky s možností selhání zákl. životních funkcí, perforace střeva s nutností dalšího ošetření a s možností odstranění části střeva nebo vyšití střeva na stěnu břišní. Při nepříznivém průběhu mohou být tyto komplikace smrtelné. Některé nálezy - zaklíněný kámen, perforace, který nelze řešit endoskopicky je nutno vyřešit operační cestou.

Proč je tento výkon prospěšný (význam pro stav pacienta):

Rozpoznání chorobných změn a možnost zahájení adekvátní terapie.

Možná následná omezení způsobu života či pracovní schopnosti spojená s výkonem:

Obvykle bez následných omezení způsobů života a trvalých následků. Při výskytu závažnějších komplikací prodloužení hospitalizace a následná léčba.

Léčebný režim a preventivní opatření ev. kontrolní léčebné či vyšetřovací výkony:

Pacient je po vyšetření hospitalizován s následnou observací během 24 hodin s podáváním infuzní terapie a utišujících prostředků dle potřeby, kontrolou krevních laboratorních hodnot.

Následné změny zdravotní způsobilosti:

Obvykle bez následných změn způsobilosti.

Pacient byl náležitě poučen o možnosti odmítnout jakoukoli lékařskou péči a svobodně se rozhodnout o dalším alternativním postupu či ustoupení od l. úkonu

SPECIÁLNÍ INFORMACE

PROHLÁŠENÍ PACIENTA/PACIENTKY

Já pacient /zákonný zástupce:

Byl jsem podrobně lékařem informován o potřebě výše uvedeného výkonu v rozsahu výše uvedeném. Byl jsem seznámen se způsoby léčby mého onemocnění a jejich riziky. Uvědomuji si, že nelze vždy přesně určit všechna rizika dané léčby vzhledem k jedinečnosti každého člověka. Byl jsem rovněž seznámen s možností odmítnout jakoukoli lékařskou péči a svobodně se rozhodnout o dalším navrhovaném postupu i s riziky neléčení mého onemocnění.

ZÁZNAM O INFORMOVANÉM SOUHLASU

Endoskopická retrográdní cholangiopankreatografie (ERCP)

Dat. nar.:

Kód poj.:

Č. poj.:

Prohlašuji, že:

- po osobní rozmluvě s lékařem a po vlastní svobodné rozvaze souhlasím se zvoleným postupem vyšetření a léčby. Výše uvedeným informacím a poučením jsem plně porozuměl.
- měl jsem možnost klást lékaři doplňující dotazy, které mi byly plně zodpovězeny
- může mi být proveden další výkon, pokud by jeho neprovedení bezprostředně ohrozilo můj zdravotní stav
- pokud změním své stanovisko k předpokládané léčbě, sdělím včas tuto skutečnost lékaři.

V případě, že jsem zákonný zástupce nezletilého pacienta, pacienta zbaveného způsobilosti k právním úkonům nebo pacienta s omezenou způsobilostí k právním úkonům svým podpisem stvrzuji, že shora uvedené informace byly v přiměřeném rozsahu a formě poskytnuty také pacientovi.

ZDRAVOTNICKÝ PRACOVNÍK/PRACOVNICE, KTERÝ/Á POUČENÍ POSKYTL/A

Datum a čas:

.....
Podpis lékaře/lékařky, který/á poučení poskytl/a *Podpis pacienta/pacientky nebo jeho/její zákonného zástupce*

Případný svědek/svědci

.....
Podpis svědka/svědků

Jakým způsobem pacient/pacientka projevil/a svůj souhlas, důvod, proč se nemůže podepsat