

Informovaný súhlas – je tlačivo, ktoré podpisuje pacient a lekár pred plánovaným vyšetrením. Ide o archivovaný dokument, ktorý obsahuje potrebné informácie pre pacienta a lekára, na základe ktorých sa uskutočňuje diagnostický a liečebný výkon. • Pacient si prečíta informovaný súhlas minimálne 24 hodín pred plánovaným vyšetrením. • Lekár venuje pacientovi adekvátny čas na zodpovedanie otázok vyplývajúcich z informovaného súhlasu.

• Získanie súhlasu na uskutočnenie diagnostického a liečebného výkonu od pacienta vyplýva pre pacienta aj lekára zo zákona (§ 6 zákona č. 576/2004 Z. z.). • Pacient aj lekár potvrdia súhlas s výkonom svojimi podpismi a dátumom.

Gastroskopia

(prezretie pažeráka, žalúdka, dvanástnika endoskopickým prístrojom)

.....
meno a priezvisko vyšetrovaného pacienta

Milá pacientka, milý pacient,

informovaný súhlas Vám pred gastroskopickým vyšetrením pomôže pripraviť sa na rozhovor s vyšetrujúcim lekárom. Ten Vám vysvetlí význam, priebeh a prípadné riziká gastroskopického vyšetrenia. Vyšetrenie pomôže lekárovi objasniť príčinu Vašich ťažkostí a včas odhaliť prípadné chorobné zmeny pažeráka, žalúdka alebo dvanástnika.

Ako sa musíte pripraviť ? 6 hodín pred vyšetrením nejedzte ani nepite, pretože tráviaci trakt nesmie byť vyplnený potravou, ktorá znemožňuje jeho prezretie. V prípade akútnych infekcií, ako je angína, herpetické afekcie v oblasti dutiny ústnej atď, je vhodnejšie plánované vyšetrenie odložiť.

Ako prebieha vyšetrenie? Pacient si ľahne na ľavý bok. Sestra mu môže sprejom znecitlivieť hltan a medzi zuby mu vloží ochranný náustok. Pacient môže dostať pred výkonom injekciu na upokojenie. Lekár následne zasúva cez hrdlo ohybný endoskopický prístroj, na konci ktorého je citlivá kamera a svetlo. Lekár počas zasúvania endoskopu pridáva vzduch, ktorý oddelí od seba steny tráviacej rúry a umožní tak dokonalý prehľad. Cez kanál prístroja je možné zasúvať rôzne pomocné nástroje na odber vzoriek sliznice na histologické vyšetrenie alebo zabezpečenie rôznych liečebných výkonov. Tieto zákroky nie sú bolestivé.

Aké sú riziká gastroskopie? Dnešné moderné prístroje v rukách skúseného lekára urobili z gastroskopie rutinné vyšetrenie s minimálnym rizikom pre pacienta. Zriedkavé komplikácie známe z histórie už dnes prakticky nevidíme. Možnosť mechanického poškodenia sliznice a steny tráviacej rúry prístrojom, pomocnými nástrojmi alebo vzduchom, ktoré by viedlo k porušeniu steny a nutnosti operačného riešenia, je extrémne vzácna. Závažné krvácanie pri odbere sliznice na histologické vyšetrenie sa vyskytuje iba vzácne a dá sa veľmi rýchlo a efektívne odstrániť v priebehu vyšetrenia. Riziko utlmenia alebo zastavenia dýchania počas vyšetrenia hlavne po podaní utišujúcich injekcií je redukované na minimum neustálym sledovaním pacienta. Vyšetrujúci personál je taktiež pripravený redukovať prípadné príznaky precitlivenosti na podané lieky alebo znecitlivujúci sprej. Zriedkavá je možnosť porúch srdcovocievneho systému, preniknutiu baktérií do cievneho systému, poranenie chrupu alebo poranenia pri polohovaní imobilných pacientov pred, počas alebo tesne po vyšetrení.

Čo robiť po vyšetrení? Po znecitlivení hrdla sprejom nesmiete piť ani jesť asi 30 minút. Ak bola podaná upokojujúca injekcia, nesmiete 24 hodín šoférovať a pracovať s potenciálne nebezpečnými nástrojmi. V prípade, že pociťujete po vyšetrení bolesti, závraty, nevoľnosť alebo zvraciate krv, informujte o tom svojho lekára. Správu o vyšetrení odnesie svojmu praktickému lekárovi.

Odpovedzte prosím na nasledovné otázky:

- Užívate lieky proti zrážanlivosti krvi? **Nie** ☐. Ak áno, ktoré?.....
- Máte krvné ochorenie spojené so zníženou zrážavosťou krvi? **Nie** ☐. Ak áno, ktoré?.....
- Máte alergiu (napr. lieky, potraviny, anestetiká, astmu)? **Nie** ☐. Ak áno, ktoré?.....
- Máte interné ochorenie (napr. srdca, pľúc, obličiek, cukrovku)? **Nie** ☐. Ak áno, ktoré?.....
- Máte chronické infekčné ochorenie (hepatitída, AIDS, iné)? **Nie** ☐. Ak áno, ktoré?.....
- Ste po operácii hornej časti tráviaceho traktu? **Nie** ☐. Ak áno, po akej?.....
- Máte uvoľnený zub, parodontózu, odnímateľnú protézu? **Nie** ☐. Ak áno, uveďte:
- Ste gravidná? **Nie** ☐ **Áno** ☐
- Súhlasím / žiadam o vyhotovenie a zadokumentovanie obrazovej dokumentácie z videoendoskopického vyšetrenia v prípade prínosu pre ďalší manažment môjho zdravotného stavu. **Nie** ☐ **Áno** ☐

Súhlasné vyjadrenie pacienta (v zmysle § 6 zákona č. 576/2004 Z. z.):

Vyšetrujúci lekár ma dostatočne oboznámil s plánovaným výkonom a zodpovedal mi všetky otázky. Informovanému súhlasu som rozumel/la a minimálne 24 hod. pred výkonom som sa s ním oboznámil/la. Cítim sa dostatočne poučený/ná o plánovanom zákroku a aj o možných vedľajších účinkoch.

Dátum:

.....
Podpis pacienta

.....
Podpis vyšetrujúceho lekára

Nesúhlasné vyjadrenie pacienta: ☐ Zárok chcem odložiť

☐ So zákrokom nesúhlasím

Dátum a podpis pacienta (prípadne poručníka, alebo opatrovateľa)