

24 hodinová pH-metrie jícnu

Poj.:

Strana 1 / 3

DG:

Č.chorobopisu:

Vážená pacientko, vážený paciente, vážení rodiče,

vzhledem k Vašemu zdravotnímu stavu (zdravotnímu stavu Vašeho dítěte) je Vám doporučeno provedení výše uvedeného zákroku (výkonu). Před vlastním výkonem s Vámi lékař/ka hovořil/a o účelu a možnostech provedení zákroku. Seznámil/a Vás s možnými riziky a komplikacemi plánovaného výkonu, abyste se mohl/a rozhodnout dát k provedení zákroku svůj souhlas. a

Zákonný zástupce pacienta: - - -

Lékař, který provedl poučení: FlexFormClientExt

Vážený a milý paciente,

Cílem tohoto vyšetření je 24 hodinové kontinuální měření hodnot pH („kyselosti“) v koncové části Vašeho jícnu. K vyšetření, které Vám doporučujeme, je potřeba Vašeho souhlasu.

Proč doporučujeme vyšetření 24 hodinovou pH-metrií jícnu

Naměřené hodnoty mají význam pro průkaz škodlivého návratu kyselých žaludečních šťáv do jícnu, který je odborně nazýván jako refluxní choroba jícnu. Tato choroba může mít řadu lokálních i vzdálených komplikací, kterým se dá při včasném průkazu a adekvátní léčbě předejít.

Příprava

Výkon se provádí nalačno, nejméně 8 hodin nesmíte nic jíst, pít jen čiré tekutiny, nekouřit, po domluvě s ošetřujícím lékařem neužívejte léky, diabetici si nesmí aplikovat inzulín.

Vyšetřovací postup

K měření se používá přes nos do jícnu zavedená tenká sonda, na jejímž konci je citlivá elektroda, která je připojena k vyhodnocovacímu přístroji. Zavádění sondy se provádí při místním znecitlivění nosního průduchu anestetikem v aerosolu. Po 24 hodinách je sonda z nosu vytažena a provedeme vyhodnocení naměřených hodnot.

Možné komplikace

Vyšetření bude provedeno podle uznávaných moderních lékařských postupů a za dodržení všech zásad správné klinické praxe. Přesto by velmi vzácně mohlo dojít ke komplikaci (např. krvácení z nosu, podráždění nosní sliznice, zánět vedlejších dutin nosních, ve výjimečném případě k natržení stěny jícnu). Zavádění vyšetřovací sondy a období krátce po zavedení bývá někdy provázeno kašlem, popř. pocitem na zvracení, tyto projevy jsou obvykle jen přechodné a samovolně odeznívají.

Alternativy zdravotního výkonu

24 hodinová pH-metrie nemá žádnou relevantní alternativu.

Režim po výkonu a možná omezení v obvyklém způsobu života, v pracovní schopnosti nebo zdravotní způsobilosti

Vyšetření je prováděno ambulantně a nejsou nutná žádná následná opatření po výkonu.

Prohlášení o informovaném souhlasu:

24 hodinová pH-metrie jícnu

Poj.:

Strana 2 / 3

DG:

Č.chorobopisu:

Prohlašuji, že jsem tento informovaný souhlas četl(a) a že mi bylo lékařem sděleno a vysvětleno:

- jaký je účel, povaha, předpokládaný prospěch, následky, možná rizika a komplikace výkonu,
- zda plánovaný výkon má nějakou alternativu a zda mám možnost si zvolit jednu z alternativ,
- k jakým omezením v obvyklém způsobu života, v pracovní schopnosti a změnám v pracovní způsobilosti může příslušný zdravotní výkon vést,
- jaký léčebný režim, následná zdravotní a preventivní opatření jsou vhodná po plánovaném výkonu.

Dále prohlašuji, že jsem měl(a) možnost klást doplňující otázky a zeptat se na vše, co považuji v souvislosti s navrhovaným výkonem za podstatné, a že moje dotazy mi byly lékařem zodpovězeny.

Prohlašuji, že jsem podaným informacím a vysvětlením plně porozuměl(a) a považuji své poučení za dostatečné.

Prohlašuji, že na základě své svobodné vůle a poskytnutých informací souhlasím s provedením navrhovaného zdravotního výkonu.

Souhlasím, aby v případě výskytu neočekávaných komplikací vyžadujících neodkladné provedení dalších výkonů nutných k záchraně mého života byly tyto výkony provedeny.

Byl(a) jsem také poučen(a) o tom, že mohu svůj souhlas s lékařským výkonem kdykoliv před zákrokem odvolat.

Jako zákonný zástupce

~~nezletilého pacienta,~~

~~pacienta zbaveného způsobilosti k právním úkonům, nebo~~

~~pacienta s omezenou způsobilostí k právním úkonům~~

svým podpisem stvrzuji, že jsem obdržel příslušné informace a že tyto výše uvedené informace byly v přiměřeném rozsahu a formě též poskytnuty pacientovi.

Ve Frýdku-Místku dne: **27.6.2016 07:02**

podpis pacienta / zákonného zástupce

podpis lékaře

Podpis svědka poučení a souhlasu pacienta/zákonného zástupce, pokud pacient/zákonný zástupce není schopen se vlastnoručně podepsat:

Důvod, pro nějž pacient/zákonný zástupce není schopen se podepsat:

- - -

Způsob, jak pacient/zákonný zástupce projevil svou vůli:

- - -

24 hodinová pH-metrie jícnu

Poj.:

Strana 3 / 3

DG:

Č.chorobopisu:

Jméno, příjmení, podpis svědka: - - -

podpis svědka (svědků)

POUZE VZOR, NEVYPLŇUJTE!