

Vyšetření jícnovou stimulací (jícnový svod EKG)

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.

Zákonný zástupce pacienta: - - -

Lékař, který provedl poučení: **FlexFormClientExt**

Vážený a milý paciente,

na základě Vašeho aktuálního zdravotního stavu Vám byl lékařem indikován lékařský výkon: vyšetření jícnovou stimulací (jícnový svod EKG). K zákroku, který Vám doporučujeme, je potřeba Vašeho souhlasu.

Důvod výkonu

Toto vyšetření slouží k bližšímu posouzení závažnosti řady poruch srdečního rytmu, dále k odhalení stavů, kdy tyto vážné poruchy rytmu hrozí. Některé poruchy srdečního rytmu mohou vést ke vzniku srdeční slabosti, ke zhoršení prokrvení mozku a tím ke vzniku závratí nebo i bezvědomí, v krajním případě i k úmrtí. Pokud se takto závažné onemocnění odhalí, je na základě tohoto vyšetření možné doporučit i nejvhodnější léčbu, aby se zmíněným stavům zabránilo.

Příprava

Výkon se provádí nalačno, nejméně 6 hodin nesmíte nic jíst, pít jen čiré tekutiny, nekouřit, po domluvě s ošetřujícím lékařem neužívejte léky, odložte zubní protézu, diabetici si nesmí aplikovat inzulín.

Podstata, účel a povaha zdravotního výkonu

Při vyšetření je nosem nebo ústy zavedena ohebná tenká vyšetřovací sonda do jícnu, který na srdeční oddíly přímo naléhá. Zde je proto možno lépe zachytit některé poruchy srdečního rytmu. V některých případech je možné jícnovou stimulací zrušit zjištěné poruchy srdečního rytmu, nebo je možné některé poruchy srdečního rytmu z diagnostických důvodů vyvolat a následně zrušit. Vyšetření je ukončeno vytažením vyšetřovací sondy.

Typ navrhovaného vyšetření / léčby

Jícnová stimulace je především metoda vyšetřovací (diagnostická). Podle povahy onemocnění může navazovat zákrok léčebný.

Výhody a možné komplikace

Výhodou vyšetřovací metody je možnost detailního zhodnocení poruch srdečního rytmu, další výhodou je možnost některé poruchy srdečního rytmu ukončit nebo převést na poruchy srdečního rytmu méně obtěžující. Absolutní bezrizikovitost výkonu nemůže zajistit žádný lékař. Vyšetření bude provedeno podle uznávaných moderních lékařských postupů a za dodržení všech zásad správné klinické praxe. Přesto by velmi vzácně mohlo dojít ke komplikaci výkonu (např. vzniku nových poruch srdečního rytmu, krvácení, zánětu, alergické reakci, porušení nosní sliznice, či stěny trávicí trubice (jícnu), aspiraci žaludečního obsahu). Riziko krvácivé komplikace zvyšují některé léky (Warfarin, Lawarin, Plavix, Iscover, Prasugrel,

Heparin, Anopyrin, Aspirin, Godasal a některé další). Proto prosím proberte s odesílajícím i vyšetřujícím lékařem všechny léky, které aktuálně užíváte.

Vyšetření jícnovou stimulací (jícnový svod EKG)

Poj.:

Strana 2 / 3

DG:

Č.chorobopisu:

Alternativy zdravotního výkonu

Jícnová stimulace navazuje na předchozí, méně zatěžující a neinvazivní vyšetření, především základní 12 svodové (povrchové) EKG, 24 hodinovou monitoraci EKG (Holter).

Další možnost představuje invazivní elektrofyziologické vyšetření, kdy jsou krvavou cestou přímo zavedeny vyšetřovací katetry do srdečních oddílů. Toto vyšetření představuje větší zátěž pro pacienta a bývá prováděno za hospitalizace.

Možná omezení v obvyklém způsobu života, v pracovní schopnosti nebo zdravotní způsobilosti

Pro mírně znečitlivěné hrdlo nesmí pacient 30 minut po vyšetření nic jíst ani pít. Pokud jsou nitrožilně podány před nebo v průběhu vyšetření uklidňující léky (sedace, analgosedace), měl by pacient v následujících 24 hodinách dodržovat relativní fyzický klid, dále nesmí 12 hodin po podání uklidňujících léků řídit motorová vozidla, vykonávat činnost vyžadující zvýšenou pozornost a nesmí pít alkoholické nápoje.

Údaje o léčebném režimu a preventivních opatřeních

V některých případech si může vyšetření jícnovou stimulací vyžádat změny léčebného režimu a preventivních opatření (několikadenní hospitalizace, opakované EKG vyšetření, nutnost léčení poruch srdečního rytmu podáním léků, nebo použitím léčebného elektrického výboje tzv. kardioverze a další).

Prohlášení o informovaném souhlasu:

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~~

Vyšetření jícnovou stimulací (jícnový svod EKG)

Poj.:

Strana 3 / 3

DG:

Č.chorobopisu:

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:

- - -

Jméno, příjmení, podpis svědka: - - -

podpis svědka (svědků)