

Rigidní ezofagoskopie

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

Vážená paní, vážený pane,

vzhledem k tomu, že jako svéprávný jedinec se podílíte významným způsobem na diagnostickém a léčebném postupu navrženém u Vaší osoby, máte nezadatelné právo být před Vaším rozhodnutím o těchto postupech podrobně informován. Na základě Vašeho aktuálního zdravotního stavu nebo jako preventivní opatření k časnému rozpoznání možných chorobných změn v horní části trávicího traktu - hltanu a jícnu - Vám bylo lékařem indikováno endoskopické vyšetření - rigidní ezofagoskopie.

Co je rigidní ezofagoskopie:

Zobrazení jícnu a hltanu rigidním (pevným) kovovým tubusem a následně případné léčebné nebo diagnostické výkony (odstranění cizího tělesa, odstranění polypů, rozšíření zúžených míst, odebrání vzorku tkáně).

Jaký je důvod (indikace) tohoto výkonu:

Nejčastější indikací k ezofagoskopii jsou spolknutá cizí tělesa zaklíněná v jícnu (velké kusy potravy, kosti, kovová cizí tělesa, aj.), dále stavy po poleptání jícnu kyselinami či louhy a jiná onemocnění jícnu (zúžení, chronický zánět, nádory...).

Jaký je režim pacienta před výkonem:

Před výkonem je nezbytné minimálně 6 hodin nejíst, nepít a nekouřit! Doba lačnění před výkonem se prodlouží na nezbytně nutnou dobu. Informujte svého ošetřujícího lékaře o všech lécích a přípravcích, které užíváte pravidelně i občas.

Jaký je postup při provádění výkonu:

Rigidní ezofagoskopie je výkon, který se provádí v celkové anestézii (narkóze) v poloze na zádech. Kovový tubus se posunuje ústní dutinou dále do hltanu a jícnu. Je vybaven vlastním zdrojem světla a případné chorobné změny jsou dobře přehledné. Tubusem mohou být zavedeny další nástroje - např. kleště k odebrání vzorku tkáně, úchopové kleště k odstranění cizího tělesa či snesení polypu. Zúžená místa lze rozšířit např. balónkem.

Operační tým si vyhrazuje právo v případě nutnosti (v závislosti na místním nálezů či celkovém stavu organismu) plánovaný výkon modifikovat (rozšířit jej, event. vůbec neprovést).

Jaké jsou nejčastější možné komplikace:

I při správném postupu v souladu s příslušnými profesními povinnostmi a standardy (lege artis) mohou vzniknout v souvislosti s uvažovaným zákrokem např. tyto komplikace:

- hrotnaté cizí těleso, nebo i kovový tubus může perforovat (proděravět) stěnu jícnu,
- zánět mezihrudí, šokový stav,
- přechodné zhoršení hlasu,

Rigidní ezofagoskopie

Poj.:

Strana 2 / 3

DG:

Č.chorobopisu:

- bolesti při polykání, bolesti krční páteře,
- zhoršení dýchání, otok hrtanu,
- uvolnění chrupu nebo zubní náhrady,
- krvácení,
- zánět při poranění stěny vyšetřovaného orgánu

V případě jakýchkoliv potíží (bolesti, krvácení, atd.) okamžitě upozorněte ošetřujícího lékaře!

Další rizika jsou spojená s přihlédnutím k individualitě pacienta a jeho celkovému zdravotnímu stavu: poruchy srdce a oběhu, plicní komplikace, poruchy hojení ran a infekční komplikace, alergické reakce

V případě jakýchkoliv potíží (bolesti, dušnost, krvácení, atd.) okamžitě upozorněte ošetřujícího lékaře!

Jaký je režim pacienta po provedení výkonu:

Doba hospitalizace je 2-3 dny, doba rekonvalescence po propuštění z nemocnice 7-10 dní

(Oba číselné údaje jsou udávány průměrnou hodnotou a mohou se lišit v závislosti na individualitě pacienta a v závislosti na vzniklých komplikacích).

Alternativy výkonu

Vyšetření ohebným optickým přístrojem.

Rizika alternativního výkonu

Ohebný optický přístroj může mít horší přehlednost v horní části hltanu a jícnu. Při extrakci ostrého nebo hrotnatého tělesa je větší pravděpodobnost poranění stěny jícnu.

Rizika neprovedení výkonu

Šíření nádoru s rozvojem poruchy polykání až nemožností polykat. Ponechání cizího tělesa v jícnu může vážně ohrozit život pacienta zánětem. Pozdní rozpoznání onemocnění s odkladem léčby.

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.

Rigidní ezofagoskopie

Poj.:

Strana 3 / 3

DG:

Č.chorobopisu:

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:

Jméno, příjmení, podpis svědka: -----

podpis svědka (svědků)