



INFORMOVANÝ SOUHLAS k endoskopické retrográdní cholangiopankreatikografii

Pacient:

RČ

Poj.:

Č. chor.:

A - Účel, důvod zákroku (vyšetření)

Endoskopická retrográdní cholangiopankreatikografie – zobrazení žlučových cest, případně vývodů slinivky břišní za pomoci ohebného optického přístroje / - endoskopu/ a rentgenu. Jde o invazivní výkon a provádí se téměř výhradně za účelem léčebným u hospitalizovaných pacientů. Po znecitlivění sliznice hrdla a uklidňující injekci se endoskop zasune ústy do jícnu a dále žaludkem do dvanáctníku, kde se nasonduje společné ústí slinivky a žlučových cest, které se nastříkuje kontrastní látkou. Dle nálezu pak volíme další léčebný postup:

B - Pacientův stav vyžaduje následující zákrok (vyšetření)

- a) endoskopická papilosfinkterotomie - naříznutí konce žlučovodu nebo vývodu slinivky břišní elektrickým proudem a uvolnění odtoku žluče
- b) vytažení kamenů ze žlučových/slinivkových cest
- c) endoskopická drenáž - zavedení drénu / - plastového nebo metalického stentu/ k umožnění průchodu šťáv přes zúžené místo

C - Rizika zákroku (vyšetření)

(existují určitá rizika, která jsou spojena s tímto typem zákroku (vyšetření))

- Krvácení do trávicí trubice při vyšetření
- Poranění nástrojem a způsobení perforace trávicí trubice (střeva) při oslabení stěny probíhajícím onemocněním
- Poranění a natržení žlučovodů
- V některých případech může komplikace vést k nutnosti chirurgického výkonu v celkové anestezii s otevřením dutiny břišní
- Podráždění slinivky břišní, ve výjimečných případech akutní zánět slinivky břišní
- Alergie nebo jiný nežádoucí účinek podávané lékové premedikace nebo lokální anestezie
-

D - Jiné relevantní možnosti léčby a jejich rizika

- Magnetická rezonance – pouze diagnostický výkon, nelze provést léčebné opatření
- Zajištění odtoku žluči lze zajistit také zevně – přes kůži a játra /tzv.metoda PTC-PTD/. Tímto způsobem však nelze ošetřit vývod slinivky břišní a vyšetření je spojeno s vyššími riziky pro Váš organizmus
-

E - Další důležité informace ke snížení rizika komplikací (pokud ANO, označte, případně uveďte jaké)

- máte zvýšený sklon ke krvácení, tvorbě krevních podlitin ?
- trpíte sennou rýmou, alergií na potraviny, léky, lokální umrtvení? (pokud trpíte, uveďte jaké)
- jste těhotná ?
- užíváte pravidelně nějaké léky ? (pokud ano, uveďte jaké)

F - Co může udělat sám(a) pacient(ka) pro prevenci komplikací

- minimálně 6-8 hodin před výkonem nejíst, nepít a nekouřit; po domluvě s ošetřujícím lékařem užít jenom nutnou medikaci; vynechat inzulin a perorální medikaci u diabetiků
- po výkonu jsou pacienti vždy hospitalizováni na lůžkovém oddělení s infuzním programem, kontrolními odběry k vyloučení komplikací. Dle stavu pacienta a výsledků odběrů je pacient propuštěn v dalších dnech nebo je navrhován další postup
- včasné informování zdravotního personálu o Vašich případných potížích zabrání rozvoji možných komplikací

G - Pacientův informovaný souhlas

Já, níže podepsaný pacient, potvrzuji:

- že mi lékař vysvětlil můj zdravotní stav a navrhovaný zákrok. Jsem srozuměn s riziky, které jsou s tímto zákrokem spojeny a s riziky, které jsou specifické s ohledem na můj zdravotní stav
- že mě lékař seznámil s možnými alternativami a možnými riziky zákroku
- že mě lékař seznámil s informacemi a riziky týkajícími se anestézie.
- že jsem srozuměn s tím, že procedura může vyžadovat transfuzi krve
- že jsem srozuměn s tím, že neexistuje záruka toho, že zákrok změní můj zdravotní stav k lepšímu, i s tím, že zákrok může můj zdravotní stav zhoršit
- že jsem nezamlčel žádné informace o svém zdravotním stavu, které by mohly mít vliv na operační výkon i pooperační průběh
- že jsem měl(a) možnost přečíst si informační leták o účelu, povaze zákroku, jeho důsledcích, rizicích a alternativách.
- bylo mi umožněno položit lékaři otázky týkající se mého zdravotního stavu, plánované procedury, případných dalších rizik a možných alternativ. Otázky byly zodpovězeny lékařem k mé spokojenosti
- že jsem srozuměn s tím, že zákrok může provést i někdo jiný než můj ošetřující lékař

Na základě výše uvedeného prohlášení jsem se rozhodl požádat o výše uvedený zákrok (vyšetření).

Datum: 11.12.2013

Podpis pacienta nebo jeho zákonného zástupce:

H - Prohlášení lékaře

Seznámil jsem pacienta s jeho zdravotním stavem, potřebou léčebného zákroku (diagnostického vyšetření) a riziky spojené s realizací tohoto zákroku (vyšetření), s relevantními léčebnými alternativami a jejich riziky, s následky v případě, že se rizika realizují, specifickými riziky pro tohoto pacienta a následky v případě, že se pacient zákroku (vyšetření) nepodrobí. Dal jsem příležitost pacientovi (popř. jeho zástupci) položit otázky týkající se výše uvedených záležitostí nebo otázky týkající se jeho jiných obav. Na dané otázky jsem odpověděl srozumitelně, v potřebném rozsahu a co nejlépe. Jsem přesvědčen o tom, že pacient pochopil výše uvedené informace tak, aby byl schopen se informovaně rozhodnout.

Jméno lékaře:

Datum: 11.12.2013

podpis lékaře