

Gastroenterologická ambulance
MUDr. Akram QASSEM
Zdravotní středisko Březenecká
Březenecká 4804, 430 04 Chomutov
Tel: +420 775 174 551

INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTA S ENDOSKOPICKÝM VYŠETŘENÍM HORNÍ ČÁSTI ZAŽÍVACÍHO TRAKTU (ESOPHAGOGASTRODUODENOSKOPIE)

Pacient:

Jméno a příjmení:

Rodné číslo/datum narození:

1. Popis výkonu

Esofagogastroduodenoskopie (EGD, gastroskopie) je diagnostické a terapeutické vyšetření horní části zažívacího traktu (jícen, žaludek, dvanáctník). Vyšetření se provádí pomocí flexibilního optického přístroje (endoskopu), který se zavádí ústy.

Při vyšetření může lékař odebrat vzorky tkáně k histologickému vyšetření nebo provést terapeutický zákrok, například odstranění polypů či ošetření krvácení.

Výkon není bolestivý, může být však nepříjemný.

Před vyšetřením Vám bude aplikován znecitlivující sprej do hltanu, aby se snížila citlivost a nepříjemné pocity při zavádění endoskopu. Pokud je to nutné, mohou být během výkonu provedeny další zákroky dle aktuálního nálezu.

2. Výhody a účel vyšetření

Přesná diagnostika onemocnění jako záněty, vředy, nádory.

Možnost okamžité léčby (odstranění polypů, zastavení krvácení).

Oproti rentgenovému vyšetření poskytuje podrobnější informace.

Odběr vzorků tkáně umožňuje přesnější diagnostiku.

3. Příprava na vyšetření

Nejméně 6 hodin před výkonem nesmíte jíst, pít ani kouřit.

Užívané léky na ředění krve konzultujte s lékařem.

Odložte snímatelné zubní náhrady.

V případě onemocnění srdce, cukrovky či jiných chronických nemocí informujte svého ošetřujícího lékaře před výkonem.

4. Možná rizika a komplikace

Gastroskopie je bezpečný výkon, avšak ojediněle může dojít k následujícím komplikacím:

Dočasné podráždění krku po vyšetření.

Alergická reakce na znecitlivující sprej nebo podané léky.

Krvácení po odběru vzorku tkáně (obvykle spontánně ustane).

Proděravění (perforace) zažívacího traktu, které může vyžadovat chirurgický zákrok.

5. Sedace (analgo-sedace) – pouze ve výjimečných případech

Ve standardních případech se vyšetření provádí bez sedace. Pokud je to však nezbytné (např. výrazná úzkost pacienta), může lékař rozhodnout o podání analgo-sedace, tedy tlumícího léku ke snížení nepříjemných pocitů během výkonu.

Sedace je indikována pouze výjimečně a pouze na základě lékařského rozhodnutí.

Sedace není celková anestézie, pacient během výkonu dýchá sám.

Léky podává lékař podle individuální potřeby pacienta.

Sedace může ovlivnit dýchání a oběhový systém, proto budete během výkonu monitorováni. Mezi možné nežádoucí účinky patří ospalost, krátkodobá zmatenost, nevolnost a zpomalení reakcí.

Po sedaci nesmíte 24 hodin řídit motorová vozidla, obsluhovat stroje ani vykonávat činnosti vyžadující zvýšenou pozornost.

Je nutný doprovod dospělou osobou, která vás po výkonu doprovodí domů.

6. Alternativy vyšetření

Alternativou může být rentgenové vyšetření s kontrastní látkou. Nevýhodou je nižší přesnost a nemožnost odběru vzorků tkáně. Také neposkytuje možnost přímé léčby zjištěných abnormalit.

7. Po vyšetření

Po aplikaci znecitlivujícího spreje do hltanu dochází k dočasné ztrátě citlivosti v krku, což může způsobit pocit ztuhnutí, proto alespoň 30 minut po výkonu nejíst, nepít a nekouřit, dokud znecitlivění zcela neodezní.

8. Doplnující informace o pacientovi

Máte alergii na léky, potraviny nebo jiné látky? ANO / NE (uved'te jaké):

Máte poruchu srážlivosti krve? ANO / NE

Užíváte léky na ředění krve (např. Warfarin, Anopyrin)? ANO / NE (uved'te jaké):

9. Souhlas pacienta

Prohlašuji, že jsem byl(a) informován(a) o povaze výkonu, jeho účelu, přínosech, možných komplikacích i alternativách. Měl(a) jsem možnost klást dotazy, které mi byly zodpovězeny. Na základě těchto informací souhlasím s provedením gastroscopie.

Beru na vědomí, že pokud mi bude podána sedace, nesmím po výkonu řídit, obsluhovat stroje ani vykonávat činnosti vyžadující plnou pozornost.

Dále souhlasím s provedením všech nutných výkonů k zajištění mého zdraví v případě neočekávaných komplikací. O možnosti odmítnutí jsem byl/byla informován/a.

Datum: Podpis pacienta:

10. Prohlášení lékaře

Potvrzuji, že jsem pacienta informoval o výkonu, jeho přínosech a rizicích a zodpověděl všechny dotazy.

Datum: Podpis lékaře: