INFORMOVANÝ SOUHLAS S POSKYTNUTNÍM ZDRAVOTNÍ SLUŽBY

**Gastroskopické vyšetření**

**NÁZEV ZAŘÍZENÍ POSKYTUJÍCÍ ZDRAVOTNÍ SLUŽBU:**

|  |  |
| --- | --- |
| Název zařízení: | Gastroenterologie Hůrka, Klinika JL – AS, s.r.o. |
| Adresa zařízení: | Sluneční náměstí 2588/15, Praha 5, 15800 |
| Telefonní kontakt: | 232 232 322 |
| Odbornost: | 105 - gastroenterologie |
| Podpis lékaře:  |  |

**PACIENT:**

|  |  |
| --- | --- |
| Příjmení, jméno, titul: |  |
| Rodné číslo: |  |
| Adresa bydliště: |  |
| Pojišťovna: |  |
| Kontakt na blízkou osobu (jméno, tel.) |  |

**Popis vyšetření:**

Gastroskopické vyšetření je vyšetření sliznice jícnu, žaludku a dvanácterníku za pomoci endoskopického přístroje – gastroskopu. Probíhá na základě subjektivních příznaků pacienta a doporučení lékaře. Vyšetření slouží k určení stavu sliznice, případně ke zjištění zánětů, vředů či nádorů. V případě potřeby odebíráme vzorky k upřesnění diagnózy.

**Alternativní postup:**

Alternativní metodou gastroskopického vyšetření je RTG vyšetření za pomocí kontrastní látky.

**Příprava před výkonem:**

Před vyšetřením je důležité zůstat NALAČNO. Od 24:00 hodin proto nejezte, nepijte, nekuřte, nežvýkejte žvýkačky, nepolykejte žádné léky. Léky si můžete vzít s sebou a užít je po vyšetření. Pokud užíváte léky na ředění krve, vysaďte je alespoň 5 dnů před vyšetřením. Případně se poraďte se svým ošetřujícím lékařem. Výkon se neprovádí při akutní infekci dutiny ústní ani jiných infektech horních cest dýchacích.

**Průběh výkonu:**

Před vyšetřením je nutné vyjmout zubní protézu. Poté Vám sestra aplikuje do krku a dutiny ústní lokální anestetikum, které pomůže snížit dávivý reflex. Vyšetření se provádí na levém boku, kdy je do úst vložen náustek, přes který se zavádí gastroskop. Vyšetření nebolí, trvá několik minut. Může být však provázeno pocity na zvracení, říháním či tlakem v břiše. Dle potřeby se odebírají vzorky.

**Po výkonu:**

Po vyšetření je nutné minimálně ještě 30 minut nejíst, nepít. Dokud neodezní lokální anestezie, hrozí riziko aspirace.

**Možné komplikace:**

Alergická reakce na podaný lék, dezinfekci či náplast. Krvácení po odstranění vzorků. Výjimečně poranění či perforace části trávicí trubice.

Ke snížení možných komplikací prosím vyplňte tento **DOTAZNÍK:**

Jste na něco alergický/á? Pokud ano, vypište ANO NE

Užíváte léky na srážlivost krve (Godasal, Warfarin, Anopyrin, Stacyl)? ANO NE

Užíváte trvale nějaké léky? Pokud ano, vypište ANO NE

Máte nebo jste proděl/a nějaké závažné/infekční onemocnění? ANO NE

(HIV, HEPATITIDA B, C)

Máte kardiostimulátor či trpíte onemocněním srdce, astma? ANO NE

Pro ženy – Jste právě těhotná? ANO NE

**Souhlas pacienta:**

Byl/a jsem podrobně a srozumitelně informován/a o plánovaném vyšetření, jeho průběhu a možných komplikacích. Měl/a jsem možnost na cokoliv se zeptat a mé otázky mi byly zodpovězeny. Na základě vlastního rozhodnutí souhlasím s tímto vyšetřením, odběrem vzorků a s případným léčebným zákrokem.

……………………………. …………………………….

 Datum Podpis

**Nesouhlas pacienta:**

Po vysvětlení jsem se rozhodl/a vyšetření nepodstoupit. Byl jsem seznámen/a s možnými následky, které mohou z odmítnutí vyšetření plynout.

……………………………. …………………………….

 Datum Podpis