

INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTA S VÝKONEM

(stává se součástí dokumentace)

<i>Jméno, příjmení pacienta:</i>	<i>Datum narození:</i>
<i>Lékař zodpovědný za poučení pacienta:</i>	
<i>Pracoviště /oddělení:</i>	

<i>Poučení pacienta o výkonu:</i>	Gastrofibroskopické vyšetření
<i>Účel provedení výkonu /indikace/:</i>	Gastrofibroskopické vyšetření slouží k časnému poznání možných chorobných změn v oblasti horního zažívacího traktu (jícen, žaludek, dvanácterník).
<i>Příprava k výkonu:</i>	Před každým endoskopickým vyšetřením je zapotřebí přípravy – od půlnoci předchozího dne je pacient na lačno (nejí ani nepije).
<i>Provedení výkonu:</i>	Ohebný optický přístroj (endoskop) se přes dutinu ústní zavede do jícnu, žaludku, dvanácterníku. Toto může být trochu nepohodlné i bolestivé, může být vyvolán dávivý reflex, a proto se používá místní znecitlivění hltanu. Při zákroku mohou být odebrány malými klíšťkami vzorky tkáně k následnému histologickému (tkáňovému) vyšetření.
<i>Možné komplikace /omezení/:</i>	Po výkonu vyšetřovaný 1 hodinu nejí a nepije. Absolutní bezrizikovitost nemůže zaručit žádný lékař, ale možné komplikace jsou velmi vzácné, lze je léčebně zvládnout. Odběr vzorku tkáně může být spojen s malým krvácením, pokud netrpíte poruchou srážení krve nebo se neléčíte léky, které potlačují krevní srážlivost. Dyspeptické potíže bezprostředně po vyšetření.

<i>Vyslovení souhlasu pacienta s provedením zdravotního výkonu:</i>	Já pacient (zákonný zástupce) prohlašuji, že jsem byl(a) jasnou a mně srozumitelnou formou informován(a) o léčebném postupu. Prohlašuji, že jsem všem informacím jasně porozuměl(a), jsem obeznámen(a) s postupem i komplikacemi výkonu. Rovněž mi bylo umožněno klást otázky a diskutovat s lékařem o této problematice. S provedením gastrofibroskopického vyšetření souhlasím.
<i>Datum:</i>	
<i>Podpis pacienta /zákonného zástupce/:</i>	
<i>Podpis lékaře:</i>	