

Informovaný souhlas pacienta s gastrokopií (endoskopickým vyšetřením horní části zažívacího traktu – jícnu, žaludku a dvanáctníku, tzv. esofago-gastro-duodenoskopií)

Jméno a příjmení: Rodné číslo:
(číslo pojištění):

Vážená paní, vážený pane, k vyšetření, které je Vám doporučeno, je potřeba Vašeho souhlasu. Abyste se mohl/a rozhodnout, informujeme Vás tímto o významu a způsobu vyšetření i možných, byť vzácných komplikacích.

Důvod vyšetření

Léčba daného onemocnění je tím úspěšnější, čím dříve je toto zjištěno. Na základě Vašich potíží nebo v rámci dispenzarizace k časnému zjištění možných chorobných změn v trávicím traktu je u Vás žádoucí provést toto vyšetření.

Vyšetřovací postup

Před vlastním vyšetřením si vyjměte z úst vyjímatelnou zubní protézu (pokud ji máte) a sestra Vám znecitliví sprejem sliznici hrdla. V indikovaných případech pak do žíly aplikuje injekci se sedativním (zklidňujícím) účinkem. Následně lékař zavede ohebný přístroj (gastroskop) přes dutinu ústní a hltna do jícnu, žaludku a dvanáctníku. Prohlíží sliznice uvedených částí trávicího traktu a v případě potřeby provádí **bezbolestný odběr vzorku sliznice** malými kleštěmi na histologické vyšetření nebo ke zjištění infekce *Helicobacter pylori* (tzv. biopsie), zřídka se provádí odstranění slizničního výrůstku (polypu) speciální kličkou.

Možné komplikace

Komplikace tohoto vyšetření jsou vzácné. Krvácení po odběru vzorku bývá drobné a přechodné. Alergické reakce na použitý sprej či injekci se zklidňujícím účinkem jsou velmi ojedinělé. Po vyšetření bývají časté pocity škrábání a nepříjemné seance v krku.

Ke snížení rizika komplikací zodpovězte prosím následující otázky:

1.	Máte poruchu srážlivosti krve či zvýšený sklon ke krvácení při drobných poraněních?	Ano – Ne
2.	Trpíte sennou rýmou, alergií (přecitlivělostí) nebo intolerancí (nesnášenlivostí) na léky (zejména antibiotika a lokální anestetika) či náplast? (Léky vyjmenujte.)	Ano – Ne
3	Trpíte nějakým chronickým onemocněním? (Podtrhněte.) > trávicí soustavy a jater (střevní záněty, celiakie, chronická pankreatitida, virová hepatitida, cirhosa jater) > oběhové soustavy (srdeční slabost, ischemická choroba srdeční, vysoký krevní tlak, srdeční dysrytmie), > látkové přeměny a žláz s vnitřní sekrecí (vysoká hladina krevních tuků, cukrovka, porucha funkce štítné žlázy), > dýchací soustavy (bronchiální asthma, chronická bronchitida, plicní fibróza či rozedma), > nervové soustavy a psychická onemocnění (epilepsie, Parkinsonova choroba, demence, deprese), > pohybové soustavy (revmatoidní artritida, pokročilá arthrosa), > očí (zelený zákal, onemocnění sítnice), > infekce HIV, nemoci krve, nádorové onemocnění – upřesněte lékaři.	Ano – Ne

4.	Prodělali jste nějakou břišní operaci? (Pokud ano, upřesněte.) Operace appendixu (červovitého přívěsku), žlučníku či žlučových cest, žaludku, kýly (tříselné, pupeční, břišní...)?	Ano – Ne
	Máte větší břišní kýlu?	Ano – Ne
5.	Užíváte léky ovlivňující srážlivost krve? – Podtrhněte. Warfarin, s obsahem kyseliny acetylsalicylové (Aspirin, Anopyrin, Stacyl, Godasal), clopidogrel (Trombex), dabigatran (Pradaxa), rivaroxaban (Xarelto), apixaban (Eliquis), edoxaban (Lixiana), tikagrelor (Brilique).	Ano – Ne
6.	Máte implantován kardiostimulátor (pacemaker), kardioverter-defibrilátor (ICD), neurostimulátor, umělou srdeční chlopeň, nebo máte závažnou chlopenní vadu srdce? (Oznamte tuto skutečnost lékaři či sestře, doložte zprávu z kardiologie.)	Ano – Ne
7.	Jste těhotná nebo kojíte?	Ano – Ne
8.	Uveďte léky, které užíváte:	Ano – Ne

Chování v den vyšetření

6 hodin před vyšetřením nebudete jíst, pít, kouřit (můžete vzít léky, které je potřeba pravidelně užívat a zapít malým množstvím průhledné tekutiny). **1–2 hodiny po vyšetření** nebudete jíst a pít (resp. do doby, než odezní pocit znecitlivění v krku). Pokud jste dostal/a uklidňující injekci do žíly, nesmíte vzhledem k omezení Vašich reakcí **4–6 hodin po vyšetření** řídit motorové vozidlo či vykonávat činnost vyžadující zvýšenou pozornost.

Zeptejte se, prosím, pokud jste něčemu neporozuměl/a, nebo Vám něco není jasné.

Prohlášení pacienta po pohovoru:

MUDr. se mnou dne vedl/a pohovor, při kterém jsem mohl/a položit všechny otázky v souvislosti s daným vyšetřením.

Své rozhodnutí vyjádřete zakřížkováním jedné z uvedených možností:

☐

SOUHLASÍM s navrženým vyšetřením.

☐

NESOUHLASÍM s navrženým vyšetřením.

O možné újme zamítnutím zásahu jsem byl/a informován/a.

Podpis pacienta, popř. zákonného zástupce:

Razítko a podpis lékaře: