

INFORMOVANÝ SOUHLAS S JÍCNOVOU ECHOKARDIOGRAFIÍ (TEE)

Jméno pacienta:

Rodné číslo:

štítek

ALERGIE.....

Definice: jícnová echokardiografie je ultrazvukové vyšetření srdce pomocí speciální sondy. Sonda je umístěna na ohebném endoskopu (tenká hadice), který se zavádí do jícnu a horní části žaludku.

Cíl a důvod výkonu: cílem tohoto výkonu je podrobnější ultrazvukové vyšetření srdce, (zejména velkých cév a chlopní), kterého nelze dosáhnout z povrchu hrudníku. Vyšetření umožňuje získat velmi kvalitní a cenné informace, které jsou důležité pro rozhodování o další léčbě.

Alternativy k výkonu: katetrizace, angiografie, počítačová tomografie (CT), magnetická rezonance (MR) – tato vyšetření mohou přinést podobné či doplňující informace, ale neposkytnou všechny informace získatelné jícnovou echokardiografií. Výhodou jícnové echokardiografie je, že nezatěžuje pacienta zářením a výsledek vyšetření je okamžitě k dispozici.

Důležitá upozornění: informujte lékaře o případných alergiích (zejména lékových) a předchozích onemocněních hltanu, jícnu a žaludku, zejména o: poleptání, zánětu, brániční kýle, vředové chorobě, polykacích obtížích, krvácení z jícnu a žaludku a operacích na výše uvedených orgánech.

Příprava před výkonem: pacient je před výkonem alespoň 4 hodiny lačný. U osob s pomalým trávením (diabetici s postižením nervové soustavy) je nutné lačnit alespoň 6 hodin. Pacientovi je do žíly zavedena ohebná hadička (kanyla) pro snadnou aplikaci léků do krevního oběhu.

Postup při výkonu: sestra pacientovi vystříká hrdlo znečitlivujícím sprejem, který potlačuje dáivý reflex, vyvolaný zaváděním sondy do jícnu. Poté je pacient uložen na vyšetřovací lehátko na levý bok. Sestra pacientovi vsune do úst plastový kroužek, který mu zabráňuje ve skousnutí zubů, kterým by mohl poškodit zavedenou sondu. Lékař poté začne zavádět přístroj ústy do jícnu. Pocit dávení při zavádění přístroje do jícnu lze překonat hlubokým klidným dýcháním, neboť dýchací cesty jsou po celou dobu zcela volné. Vyšetření je nepříjemné, ale nebolestivé. Doporučujeme pacientům mít po celou dobu zavřené oči a snažit se myslet na něco příjemného, co s vyšetřením nesouvisí.

Průběh a péče po výkonu/případná omezení: po vyšetření je zakázáno 1-2 hodiny jíst a pít, dokud neustoupí účinky znečitlivění kořene jazyka a hltanu. Po tuto dobu je vysoké riziko vdechnutí potravy či tekutin, proto je nutné doporučení dodržet. **V případě podání nitrožilních léků – psychofarmak, sedativ, analgetik (léků se zklidňujícím účinkem) - před, v průběhu nebo po skončení vyšetření, je zakázáno alespoň 24 hodin vykonávat činnosti, které vyžadují pacientovu plnou pozornost, neboť tato může být podanými léky ovlivněna (řízení motorových vozidel apod.) a zajistit si doprovod na cestu ze zdravotnického zařízení až do doby odeznění účinku léku.**

Možné časté komplikace a následující rizika: I tento, jako každý lékařský výkon, může mít komplikace. Nejčastěji se jedná o podráždění sliznice hltanu a jícnu, které se projevuje bolestivostí při polykání a odezní v řádu několika hodin. Riziko vážných komplikací je velmi nízké, cca 1-2 promile. Jedná se o poranění žaludku, jícnu nebo hltanu, ke kterému může dojít u pacientů s předchozím onemocněním těchto orgánů. Další možnou komplikací je zápal plic, pokud by došlo k vdechnutí zvratků.

Datum:

Jméno lékaře: Podpis lékaře:

PACIENT / ZÁKONNÝ ZÁSTUPCE:

1. Přečtete si laskavě pozorně text tohoto souhlasu.
2. Pokud jste plně nerozuměli lékařovu vysvětlení, nebo pokud potřebujete doplňující informace, neváhejte se lékaře znovu zeptat.
3. Pokud souhlasíte s textem prohlášení, podepište jej.

Já, pacient / zákonný zástupce prohlašuji, že jsem byl/a lékařem srozumitelně a včas informován/a o povaze lékařského výkonu / lékařského postupu uvedeného výše, byl jsem též informován/a o možných rizicích tohoto výkonu. Měl/a jsem možnost klást lékařovi doplňující dotazy a pokud tomu tak bylo, veškeré mé dotazy byly zodpovězeny. Své rozhodnutí činím po pečlivé úvaze a po posouzení všech rozhodujících skutečností.

Na základě tohoto poučení prohlašuji, že souhlasím:

- s uvedeným léčebným postupem,
- s tím, že může být proveden jakýkoliv další související výkon, pokud by jeho neprovedení bezprostředně ohrozilo můj zdravotní stav / zdravotní stav opatrované osoby a vzhledem ke konkrétní situaci nebude možno získat můj aktuální souhlas.

Jsem srozuměn/a s tím, že:

- uvedený léčebný postup nemusí být proveden lékařem, který mne dosud ošetřoval,
- souhlas se pokládá za informovaný také v případě, že se podle § 32 odst. 1 zákona č. 372/2011 Sb. podání informace vzdávám.

Souhlasím s poskytnutím informací:

ano ne

Datum: Podpis pacienta:

Jméno a podpis zákonného zástupce (1):

Jméno a podpis zákonného zástupce (2):

Jméno a podpis pacientem určené osoby při přijetí v Informovaném souhlasu s hospitalizací:

.....

POKUD SOUHLAS NELZE PACIENTEM PODEPSAT, VYPLŇTE DLE SITUACE VARIANTU A) NEBO B):

a) **Jméno svědka (zdravotnický pracovník):**

Podpis:

Datum:

b) **Jméno svědka:** **Rodné číslo:**

Adresa bydliště: **Číslo OP:**

Datum: