

## INFORMOVANÝ SOUHLAS S VÝKONEM PERKUTÁNNÍ ENDOSKOPICKÁ GASTROSTOMIE / PEG /

Jméno pacienta: .....

Rodné číslo: .....

štítek

### ALERGIE.....

**Definice:** Perkutánní endoskopická gastrostomie je výkon, který slouží k zavedení výživového katétru přes stěnu břišní do žaludku za pomoci endoskopu.

**Cíl a důvod výkonu:** Cílem výkonu je zavedení výživové sondy přes kůži břicha do žaludku a slouží k podávání výživy přímo do žaludku pacienta v případě, že není možné stravu přijímat ústy.

**Alternativy k výkonu:** Výkon samotný alternativu nemá, ale výživu lze aplikovat do žaludku sondou, která vede nosem a jícnem, případně výživu vypít, je-li toho pacient schopen. Zavádění gastrostomie chirurgicky v celkové anestezii je prakticky opuštěno. Výživa do žíly (parenterální výživa) je používána, pokud výživa do trávicího traktu není možná nebo selže.

**Příprava před výkonem:** Před plánovaným výkonem nesmí pacient minimálně 6 hodin jíst, pít ani kouřit, dále je nutno odstranit z dutiny ústní umělý chrup. Před výkonem informujte vyšetřující personál o alergii na léky, používání léků ovlivňující krevní srážlivost (Warfarin, Anopyrin, atd.), zeleném očním zákalu (glaukomu), závažných onemocněních zejména srdce a plic nebo poruchu krevní srážlivosti, o které víte (hemofilie...)

**Postup při výkonu:** Nejprve provedeme lokální umrtvení hrdla sprejem pro lepší toleranci výkonu (sníží se dáivý reflex). Poté dostane pacient premedikaci – zklidňující injekci. Endoskop se zavede do žaludku, kde se najde vhodné místo pro zavedení sondy. Po znecitlivění kůže a podkoží se provede drobný řez /max. 1cm/ na břiše. V tomto místě se punktuje dutina žaludku tenkou jehlou, kterou je provlečen vodič. Ten je vytažen ústy a po něm je zaveden gastrostomický katétr ústy a jícnem do žaludku, přes břišní stěnu ven, kde je fixován. O správné poloze konce sondy se přesvědčíme znovuzavedením endoskopu do žaludku. Zákrok trvá asi 20-30min.

**Průběh a péče po výkonu/případná omezení:** Výkon není nebezpečný, může však být provázen nutkáním na zvracení, pocitem plnosti v břiše. Při punkci se může objevit nevelká bolest. Výkon se provádí u hospitalizovaných pacientů. Po výkonu je vhodné se vyhnout jeden den namáhání břišní stěny. Výživa do PEG se aplikuje až druhý den po výkonu, po aplikaci výživy je nutné PEG vždy propláchnout čistou vodou či čajem. Do PEG se aplikuje tekutá výživa, tekuté či rozdrčené léky. První týden po zavedení PEG jsou nutné pravidelné převazy rány denně. Nejrizikovější pro komplikace je období 4-6 týdnů po výkonu - dokud se nevytvoří pevný kanál pro vývod. Po tomto období již převazy nejsou nutné. PEG je nutné udržovat v čistotě.

**Možné časté komplikace a následující rizika:** I tento, jako každý lékařský výkon, může mít komplikace. Nejčastějším problémem po výkonu je přechodný pocit škrábání nebo pocit cizího tělesa v krku. Při zavádění PEG se vzácně jako komplikace může vyskytnout: alergická reakce na lokální anestetikum či premedikaci, krvácení z vpichu po zavedení - navenek nebo dovnitř dutiny břišní, zánět v oblasti zavedeného PEG, změna polohy PEG a jeho vyklouznutí z žaludku nebo i navenek ze stěny břišní (u některých typů PEG).

Komplikace mohou výjimečně vyžadovat neodkladný chirurgický výkon k úpravě polohy PEG, nebo řešení zánětu v dutině břišní.

Datum: .....

Jméno lékaře: ..... Podpis lékaře: .....

**PACIENT / ZÁKONNÝ ZÁSTUPCE:**

1. Přečtěte 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. Svě 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:** .....