

## Informovaný souhlas pacienta s vyšetřením

### Jícnová echokardiografie

|                                    |  |
|------------------------------------|--|
| <b>Jméno, příjmení:</b>            |  |
| <b>Datum narození:</b>             |  |
| <b>Bydliště:</b>                   |  |
| <b>Číslo zdravotní pojišťovny:</b> |  |

Vážená paní, vážený pane,  
vzhledem k tomu, že se jako osoba plně svéprávná podílíte významným způsobem na diagnostickém a léčebném postupu navrženém u Vaší osoby, máte nezadatelné právo být před Vaším rozhodnutím o těchto postupech podrobně informován (a). Na základě Vašeho aktuálního zdravotního stavu Vám bylo lékařem doporučeno vyšetření – jícnová echokardiografie.

#### Co je jícnová echokardiografie:

Jícnová echokardiografie je podrobné ultrazvukové vyšetření srdce a velkých cév se zavedením ultrazvukové sondy do jícnu (polykací trubice).

#### Jaký je důvod (indikace) tohoto vyšetření:

Upřesnění echokardiografického vyšetření, provedené přes hrudní stěnu a získání informací o srdečních vadách, funkci komor, vyloučení nitrosrdečních útvarů, podezření na zánět srdečních chlopní, funkce umělých chlopní a jiných diagnóz.

#### Alternativy vyšetření:

Neexistuje plnohodnotná alternativa místo shora uvedeného, lékařem doporučeného, výkonu. Jiné zobrazovací metody: katetrizace, angiografie, počítačová tomografie, nukleární magnetická rezonance mohou přinést některé podobné či doplňující informace, ale neposkytnou všechny informace získatelné jícnovou echokardiografií.

#### Jaký je režim pacienta před vyšetřením:

Před vyšetřením je důležité 4 hodiny nejíst, nepít, nekouřit.  
Vezměte si ranní léky (zapijte minimálním množstvím tekutiny), kromě léků na cukrovku – tablety nebo inzulin. Před výkonem nepijte kávu ani nekuřte.

#### Jaký je postup při provádění vyšetření:

Vyšetření se provádí speciální ultrazvukovou sondou umístěnou na ohebném endoskopu (tenká hadice), který se zavádí do jícnu a horní části žaludku. Dýchací cesty přitom zůstávají zcela volné. Vyšetření není bolestivé, protože jícen je velmi pružný. Dávivý reflex je potlačen místním znecitlivěním kořene jazyka a hltanu gelem, kterým je potřena sonda. U osob se silným dávivým reflexem je možnost místního znecitlivění sprejem. U většiny pacientů podáváme léky proti zvracení, případně léky na zklidnění. Tyto léky se podávají nitrožilně, proto Vám bude zavedena na horní končetině umělohmotná jednorázová kanyla.

#### Jaké jsou možné komplikace a rizika:

Jako každé vyšetření, tak i toto je spojeno s rizikem komplikací, jejichž procentuální počet je velmi nízký i přes to je nutné na ně upozornit. Zde je uveden jejich výčet:

- Alergická reakce na látku použitou při místním znecitlivění kořene jazyka a hltanu.
- Podráždění sliznice hltanu a jícnu způsobující přechodnou bolestivost při polykání.
- Poranění hltanu, jícnu nebo dýchacích cest, event. krvácení (při komplikovaném zavádění ultrazvukové sondy nebo při anomáliích těchto cest anebo při jejich předchozích onemocnění).

Nelze ani jednoznačně vyloučit, že dojde k tak závažné změně zdravotního stavu či komplikaci, která povede až k náhlému úmrtí pacienta. Dále nelze vyloučit ani výskyt ojedinělých a vzácných komplikací, které nejsou součástí tohoto výčtu.

#### Abychom snížili riziko komplikací na minimum, zodpovězte nám tyto otázky: Správnou odpověď zakroužkujte:

1. Máte alergii?

ANO - NE

V případě kladné odpovědi udejte, na co jste alergický (á)

.....

2. Je či není pravděpodobné, že byste byla těhotná?

ANO - NE

3. Vaše výška.....cm Vaše váha.....kg

**Jaký je režim pacienta po provedení vyšetření:**

Po vyšetření je zakázáno jíst a pít 1-2 hodiny, dokud neustoupí účinky znecitlivění kořene jazyka a hltanu. Po tuto dobu je riziko vdechnutí potravy či tekutin, proto je nutné doporučení dodržet. Pokud Vám budou podány léky na zklidnění, je nutno ve zdravotnickém zařízení vyčkat ústupu jejich účinků, případně si zajistit doprovod a není možné řídit motorové vozidlo či vykonávat jinou rizikovou činnost po dobu minimálně 12 hodin.

Omezení v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti je u každého pacienta individuální, a to s přihlédnutím k povaze onemocnění, hojení a společenskému a pracovnímu zapojení po zákroku. Jednotlivá omezení s Vámi po provedení zákroku probere lékař.

**Předpokládaný prospěch vyšetření:**

Zjištění důležitých informací o funkci srdečního svalu, srdečních chlopní a dalších srdečních struktur, které nebylo možno získat při provedení běžného echokardiografického vyšetření přes hrudní stěnu. Tyto informace pak mohou mít rozhodující význam v dalším postupu léčby onemocnění srdce.

Byl (a) jsem svým ošetřujícím lékařem poučen (a) o významu pořízení audiovizuálních záznamů průběhu mé léčby, které, v případě mého souhlasu, mohou být použity pro vědecké a studijní účely a mohou být prezentovány na seminářích Karlovarské krajské nemocnice a.s., na kongresech, event. publikovány v odborných časopisech. Záznamy budou pořízeny jenom z těch částí mého těla, které přímo souvisí s léčbou. Byl (a) jsem poučen (a), že při jejich jakékoliv prezentaci nebudou zveřejňovány osobní údaje o mé osobě (jméno, příjmení) a citlivé osobní údaje (datum narození, rodné číslo) ani další znaky, které by vedly k bližší identifikaci mé osoby: ANO  NE

**Doplňující údaje lékaře: (nutno doplnit nebo proškrtnout)**

.....  
.....

**Já, níže podepsaný pacient (zákonný zástupce, opatrovník) prohlašuji, že jsem byl lékařem srozumitelně informován o účelu a povaze, předpokládaném prospěchu, následcích a možných rizicích plánovaného lékařského vyšetření uvedeného výše.**

**Měl/a jsem možnost klást lékaři doplňující dotazy a veškeré mé dotazy byly srozumitelně zodpovězeny.**

**Jsem si vědom/a toho, že při provádění vyšetření může nastat neočekávaná situace, která si vyžádá rozšíření původně plánovaného vyšetření nebo provedení dalšího nutného vyšetření či výkonu pro záchranu mého zdraví či života. Na základě tohoto poučení prohlašuji, že s uvedeným vyšetřením souhlasím.**

**Datum: .....**

**Podpis pacienta, (zákonného zástupce, opatrovníka): .....**

**Prohlašuji, že jsem vysvětlil podstatu vyšetření pacientovi způsobem, který byl podle mého soudu pro pacienta srozumitelný.**

**Rovněž jsem pacienta seznámil s důsledky tohoto vyšetření a s možnými častějšími komplikacemi, zejména s riziky uvedenými výše v tomto poučení.**

**Datum: .....**

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