

## INFORMOVANÝ SOUHLAS S GASTROSKOPIÍ

**Esofagogastroduodenoskopie** je endoskopické vyšetření jícnu, žaludku a dvanáctníku. Provádí se pomocí ohebné sondy o průměru 9 mm. V dnešní době se jedná o standartní, bezpečné vyšetření. Na našem pracovišti provádíme výkon moderním endoskopickým přístrojem firmy Olympus.

**Chování před vyšetřením:** V den vyšetření od půlnoci nic **nejíst, nepít a nekouřit**. Požití **ranních léků odložte** až po vyšetření. Vyšetřujícího lékaře informujte předem o alergii na léky a závažných onemocněních, pro která jste léčen/ ischemická choroba srdeční, cukrovka, epilepsie, arytmie, astma/. Předložte lékaři kartičku s předepsanými léky. Těsně před vyšetřením si vyjmete zubní protézu.

**Vyšetřovací postup:** Před výkonem Vám bude aplikován sprej do hltanu k místnímu znecitlivění. Dle potřeby Vám může být podána **nitrožilní injekce se sedativem**, které usnadní průběh vyšetření. V poloze vleže na levém boku Vám lékař zavede přístroj do jícnu. Během vyšetření klidně dýchejte a nic nepolykejte. Gastroskopie není bolestivá, pouze při vyšetřování žaludku a duodena můžete cítit mírné napětí v nadbříšku. Při vyšetření je možno odebrat malé vzorky tkáně, výkon je nebolestivý.

**Vyšetření trvá v průměru 5 – 15 min.** Zprávu o výsledku vyšetření obdržíte ihned po ukončení vyšetření.

**Možné komplikace:** Jedná se o invazivní vyšetření a jeho bezrizikovost nemůže zaručit žádný lékař. Odběr vzorků může vést k malému **krvácení**, které se samo zastaví. **Alergická reakce** na injekci nebo umrtvení hltanu jsou krajně vzácné, stejně jako **poranění** přístrojem ve smyslu protržení nebo většího krvácení.

**Chování po vyšetření:** Po vyšetření **nesmíte 30 minut jíst a pít**, aby se zabránilo riziku vdechnutí. Pokud jste dostali uklidňující injekci, nesmíte v den výkonu řídit automobil nebo vykonávat činnosti vyžadující zvýšenou pozornost.

**Při vzniku potíží kontaktujte endoskopické pracoviště na uvedeném čísle. Po 15,30 hod. Vám bude poskytnuta péče na centrální příjmové ambulanci Nemocnice.**

Zeptejte se, prosím, pokud jste v souvislosti s endoskopickým vyšetřením něčemu nerozuměl/a/ nebo máte nějaké pochybnosti. Vaše dotazy zodpovíme.

Prohlašuji, že jsem byl/a lékařem srozumitelně informován/a o povaze lékařského výkonu a postupu uvedeném výše. Byl/a jsem též informován/a o možných rizicích tohoto výkonu. Měl/a jsem možnost klást lékaři doplňující dotazy o tyto mi byly zodpovězeny.

Na základě tohoto poučení prohlašuji, že souhlasím s uvedeným lékařským výkonem a s tím, že může být proveden jakýkoliv další výkon, pokud by jeho neprovedení bezprostředně ohrozilo můj zdravotní stav.

### Identifikace pacienta

Datum vyšetření .....

Jméno a příjmení ..... Rodné číslo .....

Podpis pacienta /zákonného zástupce / .....

Podpis lékaře .....