



INFORMOVANÝ SOUHLAS S 24HODINOVOU PH-METRIÍ JÍCNU

Jméno pacienta:

Rodné číslo:

ALERGIE:.....

štítek

Definice: 24-hodinová pH-metrie jícnu je metoda, která umožňuje prokázat návrat žaludečního obsahu do jícnu (tzv. refluxní epizody) a vyhodnotit závažnost těchto epizod. Při vyšetření je nosní dírkou do jícnu zavedena tenká sonda, kterou se zaznamenávají změny kyselosti v jícnu.

Cíl a důvod výkonu: Cílem vyšetření je zaznamenat a vyhodnotit četnost a délku návratu žaludečního obsahu do jícnu. Vyhodnocením záznamu z nahrávacího zařízení a zápisů pacienta o denní aktivitě a příznacích lze stanovit, jak je reflux (návrat žaludečního obsahu) vázán na polohu těla, fyzickou aktivitu, jídlo a jak souvisí s pálením žáhy, bolestmi na hrudi, případně dalšími příznaky. Na základě výsledku vyšetření Vám bude doporučena další léčba (úprava životosprávy, úprava či změna dávkování léků, eventuálně chirurgický výkon). Vyšetření taktéž umožňuje ověřit účinnost medikamentózní léčby refluxní choroby jícnu nebo zhodnotit výsledek antirefluxní chirurgické léčby.

Alternativy k výkonu: PH-metrie jícnu patří mezi tzv. funkční vyšetření jícnu. Aby bylo možno toto vyšetření provést, je nutné nejprve absolvovat gastrokopické vyšetření. Alternativní vyšetření, které by umožnilo zaznamenat změny kyselosti v jícnu, není známo.

Příprava před výkonem: Před vyšetřením jícnovou pH-metrií je nutno vysadit některé léky, které ovlivňují funkci zažívacího traktu. Lékař Vás bude o těchto lécích dopředu informovat. V den vyšetření se dostavíte nalačno, vybaveni dvěma zcela novými alkalickými tužkovými bateriemi typu AA, které budou sloužit k napájení záznamového zařízení.

Postup při výkonu: Vyšetření zahrnuje zavedení tenké (cca dvoumilimetrové) sondy nosem přes nosohltan a hltn do jícnu. Vlastní zavedení sondy trvá krátkou dobu a je velmi dobře snášeno. Sonda je připojena k malému přístroji, který zaznamenává v průběhu 24 hodin (dle rozhodnutí lékaře jinou dobu) kyselost ve Vašem jícnu.

Průběh a péče po výkonu/případná omezení: Samotné vyšetření jícnovou pH-metrií pro Vás nepředstavuje žádné omezení. S přístrojem zaznamenávajícím změny kyselosti v jícnu lze jíst zcela normální stravu a vykonávat běžné denní aktivity (s výjimkou sprchování či koupání - přístroj se nesmí dostat do kontaktu s vodou a jinými tekutinami). Jak při změně tělesné polohy (vestoje, vleže), tak v době jídla nebo lačnění, změníte na boční straně nahrávacího zařízení polohu tlačítek do příslušné pozice tak, jak Vás před vyšetřením poučí lékař. Při výskytu příznaků (např. pálení žáhy, bolesti na hrudi) stisknete kruhové tlačítko. Zároveň budete vyplňovat do záznamového archu Vaše denní aktivity. Následující den se dostavíte ve sjednanou dobu k vytažení sondy. Záznam bude poté přenesen z nahrávacího zařízení do počítače, lékař jej pomocí speciálního software vyhodnotí a bude Vás informovat o výsledku vyšetření s doporučením další léčby.

Možné časté komplikace a následující rizika: 24-hodinová pH-metrie jícnu je bezpečné vyšetření. Zřídka může dojít ke kašli, dávení či lokálnímu podráždění sliznic v průběhu samotného zavádění sondy. Během měření nebyly zaznamenány žádné komplikace.

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/a 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: