



## INFORMOVANÝ SOUHLAS S ENDOSONOGRAFIÍ

**Jméno pacienta:** .....

**Rodné číslo:** .....

*štítek*

**ALERGIE:**.....

**Definice:** Endosonografie je sonografické (ultrazvukové) vyšetření stěny zažívacího traktu a orgánů v jejím nejbližším okolí – nejčastěji lymfatických uzlin, slinivky břišní či velkých cév. Sonografická hlavice je miniaturizována a je umístěna na konci ohebného tenkého přístroje (endoskopu), který slouží k jejímu kontrolovanému zavedení do místa vlastního vyšetření. Dle místa zavedení přístroje (ústy nebo konečníkem) je možné vyšetřovat jícen, žaludek, tenké nebo tlusté střevo a jejich okolí. Endosonografie není metodou první volby, vždy k ní přistupujeme na základě výsledku předchozích vyšetření.

**Cíl a důvod výkonu:** Upřesnění patologického či nejasného nálezu jiných zobrazovacích metod (břišní sonografie, CT, MR apod.) s event. možností odběru malého vzorku tkáně (tzv. FNAB – biopsie tenkou jehlou) za účelem jeho dalšího (nejčastěji histologického) vyšetření.

**Alternativy k výkonu:** Toto vyšetření v současné době nemá adekvátní alternativní metodu.

### **Příprava před výkonem:**

- Minimálně 6 hodin před vyšetřením nejíst, nepít, nekouřit
- Pacient může užít ranní léky
- Pacienti diabetici neaplikují dávku inzulínu, najíst se je možné až po výkonu. V případě pochybností o dávkování a aplikaci inzulínu v den vyšetření se mohou pacienti diabetici poradit s ošetřujícím lékařem
- V některých případech je potřeba zavést pacientovi do žíly ohebnou hadičku (kanylu), která umožňuje aplikaci léků a tekutin do krevního oběhu.
- V případě vyšetření tlustého střeva je nutná předchozí domluva s vyšetřujícím lékařem o způsobu jeho přípravy.

### **Postup při výkonu:**

Může být provedena bez nutnosti hospitalizace – ambulantně. Vlastní endosonografie je nebolestivá (stejně jako její břišní varianta), nepříjemně je vnímáno pouze zavedení endoskopu. V průměru trvá výkon asi 15-30 minut. Výkon se provádí po předchozí nitrožilní aplikaci prostředku zklidňujícím pohyblivost trávicího traktu, dávivost a event. bolest.

Vyšetření ústy: probíhá nejčastěji vleže na levém boku. Do úst je vložen plastový kroužek bránicí prokousnutí přístroje, následně je endoskop zaveden do dutiny ústní. K dalšímu zavedení přístroje do jícnu Vás lékař vyzve k polknutí, tento moment bývá nepříjemný, ale trvá jen krátkou chvílí. V dalším průběhu lékař endoskop zavádí do požadovaného místa vyšetření, pacient se soustředí na klidné dýchání, v klidu leží a úmyslně nechá sliny volně vytékat z úst do připravené misky. Po ukončení vyšetření lékař endoskop vytáhne z trávicího traktu.



Vyšetření konečníkem: je obdobné jako vyšetření ústy s tím, že je endoskop zaveden konečníkem do tlustého střeva do požadovaného místa vyšetření. Kdykoliv během vyšetření je možná nitrožilní aplikace prostředku proti bolesti.

**Průběh a péče po výkonu/případná omezení:**

Po vyšetření má pacient možnost dostatečného odpočinku na lůžku a jeho zdravotní stav je pravidelně kontrolován.

**V případě aplikace nitrožilních léků – psychofarmak, sedativ, analgetik - 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 léků.**

**Možné časté komplikace a následující rizika:**

I tento, jako každý lékařský výkon, může mít komplikace. Jsou vzácné, může dojít ke krvácení v místě odběru biopsie tenkou jehlou, velmi zřídka protržení stěny trávicího traktu s nutností následného chirurgického výkonu.

**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 lékaři 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.



**Thomayerova nemocnice**  
Václavská 800, 140 59 Praha 4 – Krč  
IČO: 00064190

**Souhlasím s poskytnutím informací:**

*štítek*

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:** .....