



INFORMOVANÝ SOUHLAS S LIGACÍ A SKLEROTIZACÍ JÍCNOVÝCH VARIXŮ

Jméno pacienta:

Rodné číslo:

štítek

ALERGIE:.....

Definice: Jedná se léčbu resp. ošetření jícnových varixů (městků), což jsou tlakem krve rozšířené žíly nacházející se ve stěně jícnu. Nejčastěji se nacházejí ve spodní části jícnu na přechodu do žaludku. Můžeme je též přirovnat ke křečovým žilám na dolních končetinách nebo hemoroidům v oblasti konečníku.

Cíl a důvod výkonu: Tento výkon provádíme buďto preventivně s cílem zmenšení počtu a velikosti jícnových varixů nebo akutně k zástavě jejich krvácení, které může potenciálně ohrozit pacienta na životě. Po výkonu je nutná krátkodobá hospitalizace.

Alternativy k výkonu: Tento výkon nemá alternativní metodu. V rámci komplexní léčby jícnových varixů pacient často užívá podpůrné léky či podstupuje speciální cévní zákrok (tzv. TIPS) vedoucí ke snížení tlaku žilní krve v oblasti jícnových žil a tím ke snížení recidivy výskytu jícnových varixů či jejich krvácení.

Příprava před výkonem:

- Minimálně 6 hodin před vyšetřením nejíst, nepít, nekouřit
- 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.
- Pacienti se snímatelnou zubní náhradou jsou před vyšetřením požádáni o její vyjmutí z úst.

Postup při výkonu:

Ligace: provádí se pomocí sady gumiček nasazených na speciální čepičce. Před zahájením výkonu se čepička nasadí na začátek ohebného přístroje s optikou - endoskopu. Pak se endoskop zavede do jícnu a zrakem se provede kontrola počtu a umístění varixů. Postupně se pak jednotlivé varixy zaškrtí nasazením gumiček. Tím výkon končí a endoskop je vytažen. V případě potřeby je možné celý výkon v časovém odstupu opakovat.

Sklerotizace: provádí se aplikací speciálního sklerotizačního roztoku pomocí jehly přímo do oblasti varixu. Endoskop se zavede do jícnu a zrakem se provede kontrola počtu a umístění varixů. Následně se speciální jehlou, která se vysune ze špičky endoskopu, aplikuje sklerotizační roztok. O počtu vpichů a množství aplikovaného roztoku rozhoduje lékař během výkonu. Tím výkon končí a endoskop je vytažen. V případě potřeby je možné celý výkon v časovém odstupu opakovat



Průběh a péče po výkonu/případná omezení:

Výkon se provádí vždy za krátkodobé hospitalizace. Po výkonu je zdravotní stav pacienta pravidelně kontrolován. Někdy se provádí kontrolní odběry krve.

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

Možné časté komplikace a následující rizika: I tento, jako každý lékařský výkon, může mít komplikace - krvácení z jícnových varixů, odloučení části sliznice jícnu s následným krvácením vyžadující další endoskopické ošetření, v extrémním případě perforace stěny jícnu s nutností chirurgického řešení.

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.

Souhlasím s poskytnutím informací:

ano ne

Datum: **Podpis pacienta:**



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

štítek

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: