



## INFORMOVANÝ SOUHLAS S ERCP VYŠETŘENÍM A NÁSLEDNÝMI LÉČEBNÝMI ZÁKROKY

**Jméno a příjmení pacienta:**

**Rok narození:**

**Číslo vyšetření:**

**Endoskopická retrográdní cholangiopankreatikografie (ERCP)** je endoskopické vyšetření vývodného systému žlučových cest a slinivky břišní. Provádí se pomocí ohebného přístroje s optickým systémem na konci přístroje (endoskopem), který se zavádí ústy pacienta přes skousnutý náustek. Přístroj se zavádí přes jícen, žaludek až do dvanáctníku, kde se nachází společné vyústění vývodných cest slinivky břišní a žlučového systému. Vyšetření trvá v průměru 20-60 min., v některých případech, zvláště u léčebných výkonů, déle. Zobrazení vývodných cest se provádí pod rentgenovou kontrolou s použitím kontrastní látky. Součástí vyšetření jsou i léčebné zákroky jako je papilosfinkterotomie (rozříznutí vstupu do vývodných systémů), odstranění kaménků ze žlučových cest, rozšíření žlučových cest, zavedení umělohmotných či kovových protéz do žlučových cest nebo slinivky břišní.

**Vyšetření** se provádí nalačno. 6 hodin před výkonem je třeba nejíst, k utišení žízně pít jen malé množství čiré tekutiny, nekouřit. Důležité ranní léky je možno před vyšetření použít ( po domluvě s lékařem).

**Před vyšetřením** provedeme místní znečistlivění dutiny ústní lokálním anestetikem a zavedeme kanylku do předloktí, přes kterou se v průběhu vyšetření podávají léky na krátkodobé utlumení ( analgosedace). Ještě před tím informujte vyšetřujícího lékaře nebo sestru o případných alergických reakcích na léky, o závažných onemocněních, na která se léčíte, včetně cukrovky a eventuálního zeleného zákalu (glaukomu). Nejlépe předložte lékaři kartičku s užívanými léky, zvláštní pozor věnujte lékům na ředění krve, které musí být před vyšetřením vysazeny a event. nahrazeny dle ordinace lékaře jinými preparáty. Pro snížení citlivosti a omezení vnímání nepříjemných pocitů během vyšetření bude výkon proveden v tzv. analgosedaci.

**Analgosedace** je zahájena podáním sedativ a analgetik nitrožilně (do zavedené kanyly). Pacient si dýchá sám, event. může být podán kyslík. Pro zvýšení bezpečnosti při analgosedaci je pacient trvale sledován monitorovacím systémem. Na prst (případně ucho) je připevněn snímač obsahu kyslíku v krvi a tepové frekvence.

**Během vyšetření** dýchejte klidně, sliny nepolykejte. Při vyšetření je do trávicího ústrojí vhaněn vzduch pro lepší přehlednost, v některých případech lze odebrat vzorek malými klíšťkami, což je nebolestivé. Vyšetření bude provedeno podle uznávaných moderních lékařských postupů a za dodržení všech zásad správné lékařské praxe a bezpečné digestivní endoskopie.

Komplikace jsou u diagnostického i léčebného zákroku málo frekventní, přesto může po výkonu ERCP dojít k časnému či pozdnímu krvácení, bolestem břicha z důvodu podráždění slinivky břišní či porušení integrity stěny trávicí trubice nebo může dojít k alergické reakci na lokální anestetikum nebo léky podané před vyšetřením. Většinu komplikací je lékař schopen ošetřit již v průběhu výkonu. Z těchto důvodů jsou nemocní po těchto výkonech krátkodobě hospitalizováni za pravidelných kontrol zdravotnickým personálem. Po výkonu nemocný lační do laboratorní kontroly krve, která určí dobu podání prvního jídla či pití. V případě zhoršení zdravotního stavu po propuštění z nemocnice se nemocný v pracovní době obrátí na lékaře Endoskopického centra ONN na tel. 491601577, příp. svého praktického lékaře, mimo pracovní dobu na Záchranou službu na tel 155 (ev. chirurgickou ambulanci na tel. 491 601 117).

Protože ERCP vyšetření spadá mezi tzv. intervenční výkony, je potřebné k jeho provedení Váš výslovný souhlas. Před jeho udělením musíte být zcela a pro Vás srozumitelným způsobem informován/a o povaze výkonu a eventuálních rizicích. Lékař Vám vysvětlí postup vyšetření, podá informace o lécích, které Vám budou aplikovány a seznámí Vás s jejich možnými vedlejšími účinky. Vysvětlí Vám možné komplikace vyšetření. Tento informovaný souhlas zůstane uložen jako součást Vaší zdravotnické dokumentace.

**Po vyšetření** zůstáváte do doby obnovení příjmu potravin ústy na nemocničním lůžku i z důvodu odeznění sedativního účinku léků. Rizikem může být i nevolnost až zvracení, bolest svalů, zvýšená únava, alergická nebo toxická reakce na podané léky.

**Alternativou** ERCP vyšetření je provedení znázornění žlučových cest vpichem široké jehly přes játra (PTC) či provedení magnetické rezonance v modulu MRCP. Bohužel tato metoda však neumožňuje odebrat bioptické vzorky sliznice nebo provádět léčebné zákroky. U PTC vyšetření z důvodu možných následných komplikací je nutná hospitalizace.

**Prohlašuji, že jsem byl/a lékařem podrobně informován/a o plánovaném ERCP vyšetření a případně léčebném zákroku během endoskopie. Byl/a jsem informován/a o průběhu vyšetření, zákrocích během vyšetření, komplikacích a možných alternativách. Všem rozumím a měl/a jsem dostatečnou možnost se zeptat na vše, co považuji za podstatné či získat odpovědi na doplňující otázky. Svě poučení považuji za úplné a srozumitelné.**

**Souhlasím s provedením ERCP vyšetření, případně dalších léčebných zákroků během vyšetření. Byl/a jsem poučen/a o právu svobodně rozhodnout o dalším postupu při poskytování zdravotní péče. V případě výskytu komplikací vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků k záchraně života nebo zdraví souhlasím, aby mi byly neprodleně provedeny veškeré další a potřebné výkony. Dále souhlasím se zhotovením a archivací obrazové dokumentace (fotek) a jejím poskytnutím dalším zdravotnickým pracovníkům, kteří se budou podílet na další léčbě. Také dávám souhlas studentům zdravotních škol či medicíny k přítomnosti při mém vyšetření v rámci jejich studia.**

**Také prohlašuji, že jsem uvedl/a a lékaři sdělil/a všechny informace týkající se mého zdravotního stavu a užívaných léků (zejména k ovlivnění srážení krve), nezamlčel/a jsem nic, co by mohlo negativně ovlivnit výsledek ERCP výkonu.**

**Prohlašuji, že jsem shora uvedenému poučení plně porozuměl a výslovně souhlasím s provedením uvedeného lékařského zákroku. Prohlašuji, že ponechávám z vlastní vůle veškerá rozhodnutí o konkrétním způsobu mé léčby, který není uveden v tomto prohlášení, na ošetřujícím lékaři.**

**Výše uvedený souhlas z prohlášení je projevem mé vážné, určité a svobodné vůle, prosté omylu.**

Souhlasím s poskytováním informací o mém zdravotním stavu:

- těmto osobám .....
- nechci informovat o svém zdravotním stavu

**V Náchodě dne :**

**Podpis lékaře a otisk razítka odd.:**

**Vlastnoruční podpis pacienta:**

.....

.....  
*Nepodepisujte dříve, než budete poučeni lékařem!*