

## ZÁZNAM O INFORMOVANÉM SOUHLASU

VÝKON (DRUH PÉČE), SE KTERÝM PACIENT/PACIENTKA VYSLOVUJE SOUHLAS

### 24 hodinová impedance jícnu

#### ZÁKONNÝ ZÁSTUPCE

#### INFORMACE O POVAZE ONEMOCNĚNÍ NEBO VÝKONU

##### Účel výkonu a jeho průběh:

24-hodinová impedance jícnu: vyšetření pH („kyselosti“) v dolní části jícnu spojené s měřením elektrického odporu prostředí uvnitř v jícnu.

Proč 24-hodinová pH impedance jícnu: cílem vyšetření je 24 hodinové kontinuální měření pH („kyselosti“) v dolní části jícnu. Naměřené hodnoty mají význam pro průkaz škodlivého návratu žaludečního obsahu do jícnu, který je odborně nazýván jako refluxní choroba jícnu. Tato choroba může mít řadu jak lokálních tak i vzdálených komplikací, kterým se dá při včasném průkazu a adekvátní léčbě předejít. Měření elektrických odporů dokáže vyšetření zpřesnit, odlišit charakter vracejícího se žaludečního obsahu (tekutina, plyn,...), orientačně zjistit výšku návratu atd.

**Příprava:** vyšetření se provádí po 6 hodinovém lačnění. Před vyšetřením je nutné minimálně 3 dny předem vysadit léky ovlivňující kyselost žaludku a činnost žaludku a jícnu (pokud lékař nerozhodne jinak).

##### **Průběh výkonu:**

K měření se používá přes nos zavedená tenká sonda (asi 5 mm silná), na jejímž konci a v jejímž průběhu jsou citlivé elektrody. Sonda je připojena k záznamovému zařízení. Se sondou a záznamovým zařízením odcházíte domů, vyplňujete průběžně deník.

##### Rizika a možné důsledky výkonu:

Komplikace jsou výjimečné, většinou se jedná jen o netoleranci sondy v nose, drobné krvácení z nosu nebo podráždění v krku.

##### Alternativy výkonu:

Alternativní metodou k průkazu návratu žaludečního obsahu je scintigrafické vyšetření jícnu. Toto vyšetření se provádí na pracovišti nukleární medicíny. Tato metoda, ale není tak přesná a nepostihne celých 24 hodin dne, kdy je návrat žaludečního obsahu možný.

##### Léčebný režim a preventivní opatření:

Nejsou nutná žádná následná opatření po výkonu.

##### Možná omezení způsobu života a pracovní schopnosti:

Nejsou žádná následná omezení.

#### SPECIÁLNÍ INFORMACE

#### PROHLÁŠENÍ PACIENTA/PACIENTKY

Byl jsem lékařem srozumitelným způsobem informován o zdravotním výkonu v rozsahu výše uvedeném.

Měl jsem možnost klást lékaři doplňující dotazy, které mi byly srozumitelně zodpovězeny. Na základě podaných informací **uděluji s výkonem souhlas**.

Prohlašuji, že v případě výskytu neočekávaných komplikací, vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků nutných k záchraně mého života nebo zdraví, souhlasím s tím, aby byly tyto zákroky provedeny.

Usem si vědom toho, že pokud změním své stanovisko, mohu svůj souhlas písemně odvolat.

#### ZDRAVOTNICKÝ PRACOVNÍK/PRACOVNICE, KTERÝ/Á POUČENÍ POSKYTL/A

Datum a čas:

Datum a čas:

.....  
Podpis lékaře/lékařky, který/á poučení poskytl/a

.....  
Podpis pacienta/pacientky nebo jeho/její zákonného zástupce

Případný svědek/svědci

**ZÁZNAM O INFORMOVANÉM SOUHLASU**

**24 hodinová impedance jícnu**

*Dat. nar.:*

*Kód poj.:*

*Č. poj.:*

.....  
*Podpis svědka/svědků*

**Jakým způsobem pacient/pacientka projevil/a svůj souhlas, důvod, proč se nemůže podepsat**