

Dat. nar.:

Č. poj.:

Bydliště:

Kód poj.:

## ZÁZNAM O INFORMOVANÉM SOUHLASU

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

### Jícnová manometrie

#### ZÁKONNÝ ZÁSTUPCE

#### INFORMACE O POVAZE ONEMOCNĚNÍ NEBO VÝKONU

##### Účel výkonu a jeho průběh:

Manometrie jícnu: je vyšetření tlaků jícnových svěračů a pohyblivosti svaloviny jícnu. Proč manometrie jícnu: cílem tohoto vyšetření je měření tlaků svěračů jícnu. Naměřené hodnoty mají význam pro průkaz škodlivého návratu kyselých žaludečních šťáv do jícnu, který je odborně nazýván jako refluxní choroba jícnu eventuelně poruchy pohyblivosti jícnu. Tato choroba může mít řadu jak lokálních tak i vzdálených komplikací, kterým se dá při včasném průkazu a adekvátní léčbě předejít.

K měření se používá přes nos zavedená tenká sonda (asi 6 mm silná), na jejímž konci je citlivá elektroda, která je připojena k vyhodnocovacímu přístroji. Vlastní vyšetření trvá asi 20 min.

##### Rizika a možné důsledky výkonu:

Komplikace jsou vyjimečné, jsou to nepříjemné pocity v krku při zavádění a přechodné podráždění hrtanu po výkonu.

##### Alternativy výkonu:

Aletrnativní metoda není dostupná, jen orientačně můžeme použít rentgenové vyšetření jícnu.

##### Léčebný režim a preventivní opatření:

Doporučuje se asi 2 hodiny nejíst a nepít pro možnost aplikace znečitlivujících roztoků při netoleranci zavádění sondy.

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

Po výkonu není třeba zachovávat zvláštní režim, výkon je převážně ambulantní.

#### 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.

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

#### ZDRAVOTNICKÝ PRACOVNÍK/PACOVNICE, 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

.....  
Podpis svědka/svědků

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

