

Dat. nar.:

Č. poj.:

Bydliště:

Kód poj.:

## ZÁZNAM O INFORMOVANÉM SOUHLASU

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

### Perkutánní endoskopická gastrostomie - PEG

#### ZÁKONNÝ ZÁSTUPCE

#### INFORMACE O POVAZE ONEMOCNĚNÍ NEBO VÝKONU

##### Účel výkonu a jeho průběh:

Perkutánní endoskopická gastrostomie: je to výživová sonda zavedená přes břišní stěnu do žaludku. Proč PEG: v případech, kdy pacient nemůže přijímat ústy potravu z různých důvodů, je třeba zajistit jeho výživu. Jednou z možností jak toho dosáhnout je zavedení PEGu. PEG slouží jako cesta zavedení potravy do zažívacího systému. **Příprava:**

je stejná jako před gastroskopií, kdy pacient lační 6-8 hodin před vyšetřením, s možností pít jen čiré tekutiny.

##### Průběh výkonu:

Provádí se po zavedení gastroskopu do žaludku, kdy se následně zavaděčem projde přes kůži břicha do žaludku a pak se po vodiči ze žaludku ven vytáhne sonda, ošetří se místo vstupu a sonda se připevní fixátorem na kůži. Indikací je nemožnost přijímat potravu ústy s různých důvodů.

##### Rizika a možné důsledky výkonu:

Možné komplikace jsou hlavně infekce v oblasti průniku břišní stěnou, vzácně hematom či poškození jiných orgánů (tenkého střeva).

##### Alternativy výkonu:

Alternativní postup je jen chirurgické zavedení gastrostomické sondy, kdy není možnost zavedení gastroskopu do jícnu či žaludku pro vážné postižení těchto orgánů.

##### Léčebný režim a preventivní opatření:

Po výkonu je pacient vždy hospitalizován, je kryt antibiotiky a je postupně zatěžován stravou.

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

Hospitalizace většinou trvá 3 dny do plného zatížení stravou podávanou sondou.

#### 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 projevil/a svůj souhlas, důvod, proč se nemůže podepsat

