

ZÁZNAM O INFORMOVANÉM SOUHLASU

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

PH metrie

ZÁKONNÝ ZÁSTUPCE

INFORMACE O POVAZE ONEMOCNĚNÍ NEBO VÝKONU

Účel výkonu a jeho průběh:

24-hodinová pH metrie jícnu: je vyšetření pH („kyselosti“) v koncové části Vašeho jícnu. Proč 24-hodinová pH metrie jícnu: cílem tohoto vyšetření je 24 hodinové kontinuální měření hodnot pH („kyselosti“) v koncové části Vašeho jícnu. Naměřené hodnoty mají význam pro průkaz škodlivého návratu kyselých žaludečních šťáv 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.

Příprava:

Vyšetření se provádí po 6 hodinovém lačnění, není potřeba žádné speciální přípravy.

Průběh výkonu:

K měření se používá přes nos zavedená tenká sonda (asi 5 mm silná), na jejímž konci je citlivá elektroda, která je připojena k vyhodnocovacímu přístroji. K tomu, abychom dosáhli co nejpřesnějších výsledků měření, je nutná Vaše spolupráce. Řiďte se prosím proto pokyny vyšetřujícího lékaře.

Rizika a možné důsledky výkonu:

Komplikace jsou vyjimečné, většinou se jedná jen o netoleranci sondy v nose a podráždění hrtanu v následném dni.

Alternativy výkonu:

Aletrnativní metoda je scintigrafické vyšetření jícnu, což je metoda nukleární medicíny, která ale není tak přesná a nepostihne celých 24 hodin dne, kdy reflux šťáv je možný.

Léčebný režim a preventivní opatření:

Nejsou nutná žádná následná opatření po výkonu.

Možná omezení způsobu života a pracovní schopnosti:

Po výkonu nejsou žádná 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.

Jsem 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

PH metrie

Dat. nar.:

Kód poj.:

Č. poj.:

Podpis svědka/svědků

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