

OBLASTNÍ NEMOCNICE KLADNO,a.s.
nemocnice Středočeského kraje
272 59 Kladno, Vančurova 1548
IČO 27256537, tel. 312606111



Oblastní nemocnice Kladno, a.s.,
nemocnice Středočeského kraje

Oblastní nemocnice Kladno, a.s.

INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTA(KY)/ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE ENDOSKOPICKOU SKLEROTIZACÍ/LIGACÍ JÍCNOVÝCH NEBO ŽALUDEČNÍCH VARIXŮ

Jméno a příjmení pacienta, datum narození

Jméno a příjmení zákonného zástupce, datum narození

➤ **Vážený pane, vážená paní ,**

Vaše onemocnění vyžaduje tento zákrok. Diagnóza, která vede k provedení tohoto zdravotního výkonu může být: jícnové varixy, žaludeční varixy či jiná diagnóza. Před samotným výkonem Vás ošetřující lékař seznámí s provedením této léčebné metody a s jejími běžnými riziky a následky a s eventuelními alternativami, aby Vaše rozhodnutí o souhlasu s výkonem bylo založeno na dostatečném množství informací.

➤ **Jak je výkon proveden**

Sklerotizace-proces vedoucí ke kornatění nebo ligace varixů (zaškrcení prominujících-vyčnívajících žil) v jícnu a žaludku je léčebná metoda vedoucí k zastavení krvácení z nich anebo k postupnému odstranění těchto žil. V několika etapách u pacientů, kteří již v minulosti krvácení z varixů (žilní rozšíření) prodělali.

Výkon se provádí nalačno - 8 hodin před výkonem je třeba nejíst, nepít, nekouřit. Lékař Vám zavede ústy optický přístroj (endoskop) do jícnu nebo žaludku, zhodnotí stav varixů plánovaných k ošetření a následně zahájí ošetření.

Při sklerotizaci se kanylou (plastová trubička umožňující proudění tekutin/vzduchu do žily) s jehlou na konci, která je zavedena přes pracovní kanál endoskopu, aplikuje do zvětšených nebo žaludečních žil sklerotizační roztok, který způsobí zastavení krvácení a následně s odstupem i zmenšení varixů.

~~Při neúspěchu tohoto postupu je možno podobnou kanylou aplikovat roztok tkáňového lepidla, které krvácející otvor~~

zalepí. Při ligaci (zaškrcení, podvázání) jednotlivé varixy nasáty podtlakem a u stěny jícnu zaškrcené pryžovými kroužky zavedenými speciálním nástrojem při endoskopii; Tím je do žil přerušen přívod krve a ony postupně zaniknou.

➤ **Rizika výkonu**

Komplikace výkonu nejsou časté, při sklerotizaci jsou komplikace o něco častější než při ligaci.

V ojedinělých případech se může objevit zejména:

- *krvácení z ošetřované žíly,
- *zcela vzácně pak porušení stěny nosohltanu, jícnu či žaludku
- *nebo může dojít k alergické reakci na lokální anestetikum nebo na léky podané před vyšetřením.

Řešení případné komplikace je v naprosté většině případů endoskopické.

Velmi vzácné závažné komplikace např.:

*protržení stěny jícnu,

*vznik abscesu (dutiny vyplněné hnisem) ve stěně jícnu nebo

*nezastavitelné krvácení si mohou vyžádat i chirurgické řešení prostřednictvím otevřené operace v celkové anestezii.

Komplikace endoskopického výkonu mohou zcela výjimečně vést k úmrtí pacienta.

➤ **Alternativy výkonu**

Plnohodnotná alternativa endoskopického ošetření jícnových či žaludečních varixů, která by byla srovnatelně rychlá, efektivní, šetrná a zatížená nízkým rizikem komplikací neexistuje.

➤ **Předpokládaná doba hospitalizace:**

Při nekomplikovaném průběhu trvá hospitalizace 1 den.

Předpokládaná doba, po kterou pacient nebude schopen vykonávat své povolání/studium: 1 den

➤ **Další omezení v běžném způsobu života**

Kromě výše uvedených režimových a dietních opatření nejsou žádná další omezení v běžném způsobu života.

➤ **Preventivní opatření**

Na základě uvedených režimových a dietních opatření nejsou žádná další omezení v běžném způsobu života.

➤ **Souhlas s výkonem**

Já níže podepsaný/á pacient/ka /zákonný zástupce tímto prohlašuji, že mě lékař náležitě a srozumitelně informoval a vysvětlil důvod provedení výkonu, takovým způsobem, který je pro mě srozumitelný. Vysvětlení jsem plně pochopil/a a vzal/a na vědomí. Zároveň stvrzuji, že jsem podal/a pravdivé informace o svém zdravotním stavu. Nezamlčel/a jsem žádné skutečnosti, které by mohly mít vliv na prováděný výkon.

Informující lékař mě seznámil s možnými alternativami. Byl/a jsem též informován o možných rizicích a komplikacích tohoto výkonu. **Rozumím informacím, které mi lékař poskytl.** Měl/a jsem možnost klást lékaři doplňující

dotazy a pokud tomu tak bylo, dotazy mi byly zodpovězeny a nemám další otázky.

Současně prohlašuji, že v případě výskytu neočekávaných komplikací, vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků, nutných k záchraně mého života nebo zdraví, souhlasím s tím, aby byly provedeny veškeré další potřebné a neodkladné výkony nutné k záchraně mého života nebo zdraví.

Na základě tohoto poučení dávám svůj plný informovaný souhlas s provedením operace/základního, což stvrzuji svým vlastnoručním podpisem.

Podpis pacienta/ky /zákonného zástupce pacienta:

Datum a čas: _____

Prohlašuji, že jsem pacientovi (zákonnému zástupci) osobně zodpověděl doplňující dotazy a pacient (zákonný zástupce) vyslovil svůj informovaný souhlas s vyšetřením

Podpis a razítko lékaře:

Datum a čas: _____

➤ **Otázky a odpovědi**

Tento prostor využijte pro zaznamenání Vašich případných dotazů k výkonu.
