

ZÁZNAM O INFORMOVANÉM SOUHLASU S POSKYTNUTÍM ZDRAVOTNÍ PÉČE

Zdravotnické zařízení: Nemocnice Neratovice, ALMEDA, a.s., Alšova 462, tel: 315 637 111

Pracoviště:

Štítek pacienta:

Lékař, který poučení provedl:

Dnešního dne jsem byl(a) lékařem poučen(a) o zdravotním výkonu, který mi má být proveden:

PERKUTÁNNÍ ENDOSKOPICKÁ GASTROSTOMIE

Účelem tohoto zdravotního výkonu je: perkutánní endoskopická gastrostomie (PEG) je léčebný výkon, při kterém je přes kůži zaveden plastový katétr do žaludku. Tento katétr umožňuje přímé podávání umělé výživy nebo mixované potravy do žaludku.

Nutná příprava: Před vyšetřením je potřeba alespoň 8 hodin nepít a nejíst. Vyndejte snímatelné zubní náhrady a informujte lékaře o lécích, které užíváte (zejména Warfarin, Godasal ...).

Alternativní metodou je umělá výživa infuzemi do žíly nebo tekutá umělá výživa podávaná sondou (není vhodné pro dlouhodobé podávání). PEG může být založen i při chirurgickém výkonu.

Zdravotní výkon bude probíhat takto: PEG se zavádí pomocí endoskopu (gastroskop) zavedeného do žaludku. Samotné zavedení plastového katétru přes kůži se provádí po předchozím místním znecitlivění.

Byl jsem seznámen s tím, že po výkonu mohu mít bolesti, které budou tlumeny léky

Byl jsem dále poučen, že lékařem doporučený výkon má následující **možné komplikace:** časně nebo pozdní krvácení, infekční komplikace.

Prohlašuji a svým dále uvedeným vlastnoručním podpisem potvrzuji, že lékař, který mi poskytl poučení, mi osobně vysvětlil vše, co je obsahem tohoto písemného informovaného souhlasu a měl(a) jsem možnost klást mu doplňující otázky, na které mi řádně odpověděl.

Prohlašuji, že jsem shora uvedenému poučení plně porozuměl a výslovně souhlasím s provedením **perkutánní endoskopické gastrostomie**.

Dále prohlašuji, že jsem si vědom(a), že výše uvedený výkon nemusí provádět lékař, který mne až dosud ošetřoval.

Souhlasím s tím, aby výkon prováděl(a) lékař, v případě výskytu neočekávaných komplikací, vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků nutných k záchraně mého života nebo zdraví, postupoval, jak uzná za správné, aby v nezbytném případě byl zároveň proveden i jiný výkon, než je uveden, bude-li to nezbytně nutné ze závažných medicínských důvodů a v zájmu mého zdraví (zdraví mého dítěte nebo zastupované osoby), nebude-li z akutních důvodů možné takový jiný výkon se mnou projednat.

Prohlašuji, že jsem lékařem sdělil(a) veškeré okolnosti týkající se mého zdravotního stavu (zdravotního stavu mého dítěte nebo zastupované osoby) a nezamířel(a) jsem nic, co by mohlo negativně ovlivnit výsledek výše uvedeného výkonu.

V.....dne.....

.....
Vlastnoruční podpis pacienta

.....
Podpis lékaře, který poučení provedl

Podpis svědků poučení a souhlasu pacienta, pokud pacient není schopen se vlastnoručně podepsat:

Jako svědek prohlašuji, že pacient (zákonný zástupce) byl informován o skutečnostech výše zmiňovaných a s výše uvedenými skutečnostmi vyjádřil souhlas tímto způsobem:

Pacient (zákonný zástupce) se není schopen podepsat z těchto důvodů:

.....
jméno, příjmení, funkce, podpis zdrav. pracovníka