

**Інформована згода пацієнта (законного представника пацієнта) на проведення
ендоскопії – ендоскопічної ендосонографії**

Пацієнт – ім'я та прізвище:	Унікальний чисельний ідентифікатор («родне число») / (номер застрахованої особи):
Дата народження: (якщо «родне число» відсутнє)	Код медичної страхової компанії:
Адреса постійного проживання пацієнта: (або інша адреса)	
Ім'я законного представника (опікуна):	Унікальний чисельний ідентифікатор («родне число»):

Назва процедури

Ендоскопічна ендосонографія

візуалізація стінки травної трубки та органів біля неї за допомогою маленького ультразвукового датчика

Мета процедури

Ендосонографія призначена для діагностики захворювань травної трубки та органів, розташованих поруч з нею, за допомогою невеликого ультразвукового датчика, який є частиною ендоскопа, що вводиться через рот в стравохід, шлунок і дванадцятипалу кишку. Завдяки близькості датчика до стінки травної трубки і прилеглих органів (підшлункова залоза, жовчні протоки, частина печінки, лімфатичні вузли, судини черевної порожнини і т.д.) візуалізація є дуже точною. Під ендосонографічним контролем можна взяти зразок тканини за допомогою тонкоіголкової аспіраційної біопсії для уточнення діагнозу.

Характер процедури

Перед процедурою необхідно!

- не їсти, не пити і не курити принаймні за 6 годин до процедури

Хід процедури:

Перед початком обстеження, на розсуд лікаря та за взаємною згодою з вами, може бути зроблена заспокійлива ін'єкція. Потім ендоскоп вводиться через ротову порожнину і глотку в стравохід, шлунок і дванадцятипалу кишку. За допомогою зонда, розміщеного на кінці ендоскопа, візуалізується структура стінки травного каналу та прилеглих органів, таких як підшлункова залоза, жовчні протоки, печінка, лімфатичні вузли, судини черевної порожнини та інші. Тривалість обстеження залежить від причини обстеження та характеру захворювання. У деяких дослідженнях після візуалізації органів відразу ж проводиться так звана тонкоіголкова аспіраційна біопсія, яка полягає в безболісному введенні голки через стінку травної трубки і взяття зразка тканини для подальшого дослідження. Деякі біопсії вимагають одноразового прийому антибіотиків перед проведенням біопсії.

Після процедури необхідно!

- у випадку місцевої анестезії не їжте і не пити протягом 2 годин після процедури,
- після ін'єкції заспокійливого не можна керувати автомобілем, мотоциклом або працювати з механізмами чи обладнанням, що потребують підвищеної уваги, протягом 24 годин: з цих причин бажано мати з собою супроводжуючого
- залежно від характеру процедури період, коли не слід приймати їжу, може бути продовжений
- в деяких випадках після процедури необхідна короткочасна госпіталізація

У разі виникнення будь-яких проблем (біль у животі тощо) негайно повідомте про це лікаря!!!

Очікувана користь від процедури

Ендосонографія – це високоспеціалізоване дослідження, яке через свою точність не може бути повністю замінено іншими дослідженнями. Зазвичай його проводять для уточнення діагнозу після інших візуалізаційних досліджень, таких як звичайне ультразвукове дослідження, комп'ютерна томографія (КТ), магнітно-резонансна томографія (МРТ), ендоскопічна ретроградна холангіопанкреатографія (ЕРХПГ), позитронно-емісійна томографія (ПЕТ). Чим точніше поставлений діагноз і визначена ступінь захворювання, тим краще визначається подальший курс лікування.

Альтернатива процедурі

Альтернативами ендосонографії є ультразвук, комп'ютерна томографія (КТ), магнітно-резонансна томографія (МРТ) або позитронно-емісійна томографія (ПЕТ). Однак ці методи не дозволяють отримати детальний огляд деяких органів і, як правило, не дозволяють забирати тканини для подальшого дослідження.

Наслідки процедури

У разі взяття зразків тканин процедура може супроводжуватися короткочасною госпіталізацією з тривалим голодуванням.

Можливі ризики обраної процедури

Ускладнення ендоскопії без забору тканин трапляються дуже рідко і можуть включати алергічну реакцію на ін'єкцію заспокійливого, місцеву анестезію горла та антибіотики або пошкодження стінки травної трубки (перфорацію). У разі проведення тонкогіркової біопсії рідко може виникнути кровотеча, інфікування місця ін'єкції та гострий панкреатит. Після процедури ви можете відчувати дряпання або інший дискомфорт у горлі, спричинений введенням ендоскопа через рот і глотку.

Для мінімізації ризику виникнення ускладнень і особливо алергічних реакцій просимо вас відповісти на наступні питання:

Прим.: Обведіть вашу відповідь:

1. У вас є підвищена схильність до кровотеч навіть при невеликих травмах або після видалення зуба?	ТАК	НІ
2. Чи легко у вас з'являються синці на шкірі, або чи є схильність до цього у вашій родині (тільки кровні родичі)?	ТАК	НІ
3. Чи страждаєте ви на синю лихоманку, бронхіальну астму, підвищену чутливість до харчових продуктів, ліків, пластирів, місцевих анестетиків?	ТАК	НІ
4. Чи страждаєте ви на хронічне захворювання (наприклад, глаукома, епілепсія, астма, діабет, серцева недостатність)? Якщо так, на яке саме?	ТАК	НІ
5. Ви вагітні?	ТАК	НІ

Згода:

Я був(-ла) зрозуміло проінформований(-а) про альтернативи процедурі, які проводиться в Університетській лікарні м. Оломоуць, з яких я можу обирати.	ТАК	НІ
Я був(-ла) проінформований(-а) про можливі обмеження в моєму звичному способі життя та працездатності після проведення відповідної медичної процедури, а в разі можливої або очікуваної зміни стану мого здоров'я – також про зміну моєї придатності за станом здоров'я.	ТАК	НІ
Я був(-ла) проінформований(-а) про схему лікування та профілактичні заходи, які є доцільними, про виконання подальших медичних процедур.	ТАК	НІ
Всі ці пояснення та інформація, надані та роз'яснені мені лікарем, зрозумілі мені, я мав(-ла) можливість задати додаткові запитання, на які лікар мені відповів.	ТАК	НІ

Ознайомившись з вищевикладеною інформацією, заявляю:

- що я погоджуюсь із запропонованим доглядом та проведенням процедури, а в разі непередбачених ускладнень, які вимагають термінового проведення додаткових процедур, необхідних для врятування життя чи здоров'я, погоджуюсь з їх проведенням.	ТАК	НІ
- що я розкрив(-ла) лікарям всю відому мені інформацію про стан мого здоров'я, яка може негативно вплинути на моє лікування або наразити на небезпеку моє оточення, зокрема, поширити інфекційне захворювання.	ТАК	НІ
- що на випадок потреби я даю згоду на забір біологічного матеріалу (кров, сеча тощо) для проведення аналізів з метою виключення, зокрема, заразливих захворювань.	ТАК	НІ

Дата	Година	Підпис пацієнта або законного представника (опікуна)

Ім'я та прізвище лікаря, який надав інформацію	Підпис лікаря, який надав інформацію

Якщо пацієнт неспроможний поставити підпис, зазначте причини, з яких він не зміг це зробити, та як пацієнт виразив своє волевиявлення:

Ім'я та прізвище медичного працівника/свідка	Підпис медичного працівника/свідка	Дата