

## Informovaný souhlas pacienta (zákonného zástupce pacienta) se zavedením nasojejunální sondy a aplikací enterální výživy za hospitalizace a v domácím prostředí

Pacient – jméno a příjmení:	Rodné číslo (číslo pojištěnce):
Datum narození: (není-li rodné číslo)	Kód zdravotní pojišťovny:
Adresa trvalého pobytu pacienta: (případně jiná adresa)	
Jméno zákonného zástupce (opatrovníka):	Rodné číslo:

### Název výkonu

### Zavedení nasojejunální sondy a aplikace enterální výživy

### Účel výkonu

Zavedení tenké nasojejunální sondy (hadičky) nosem do žaludku nebo tenkého střeva na několik týdnů doporučujeme u těch pacientů, kteří nemohou z rozmanitých příčin dlouhodobě přijímat potravu ústy nebo trpí poruchami vstřebávání. Jsou to například nespecifické střevní záněty či jiná onemocnění tenkého nebo tlustého střeva, poruchy vstřebávání, porucha polykání při onemocnění nervového systému, neprůchodnost jícnu, aj. Účelem je podávání roztoků (enterální výživy) s přesně určeným složením živin (cukry, tuky, bílkoviny, minerály, stopové prvky, vitamíny) do trávicího traktu, které zajistí zlepšení zdravotního stavu.

Během hospitalizace budete seznámen s obsluhou a dávkováním enterální výživy enterální pumpou. Ošetrovatelský personál Vám vše vysvětlí a naučí Vás připravovat vaky s výživou a aplikovat si je pumpou. Naučíte se prakticky obsluhovat enterální pumpu. K obsluze dostanete manuál + pokyny pro pacienta, ve kterém bude vše jednoduše popsáno.

Vaše případné nejasnosti a dotazy zodpoví ošetrovatelský personál. Určitě využijte pobytu zde ke zvládnutí bezproblémové obsluhy.

Ukončení výživy enterální sondou, bude v závislosti na Vašem nutričním a celkovém zdravotním stavu.

### Povaha výkonu

Nosní dírkou Vám zavedeme tenkou nasojejunální sondu až do tenkého střeva za Treitzovu řasu. U dobře spolupracujícího pacienta zavádíme bez endoskopické kontroly. Sondu lze také zavést za pomoci gastrokopu nebo pod kontrolou rentgenu.

Nasojejunální sonda slouží k podávání výživy buď bolusově (jednorázově) nebo kontinuálně (průběžně), čímž je zajišťován optimální přísun živin a tekutin.

### Před zavedením nasojejunální sondy je nezbytné!

- být lačný minimálně 5-6 hodin.

### Vlastní výkon:

- zavedení nasojejunální sondy se provádí za spolupráce pacienta - nosní dírkou zavedeme tenkou, dlouhou nasojejunální sondu do žaludku a poté necháme spontánně zaplavat do tenkého střeva za Treitzovu řasu,
- zavedení nasojejunální sondy lze také provést za pomoci gastrokopu až do tenkého střeva za Treitzovu řasu nebo pod rentgenovou kontrolou,
- pokud nebyla sonda zaváděna pod rentgenovou kontrolou, správnou polohu sondy ověříme rentgenem následující den.

### Po výkonu

- je pacient umístěn na metabolické jednotce a během následujících dnů je pacient zacvičen v podávání enterální výživy a péči o sondu

### Ošetřování a péče o sondu

pokud je enterální výživa pouze jako doplňková, pak se přes den normálně stravujte dle Vašich zvyklostí a dietních doporučení – vždy určuje lékař dle povahy Vašeho onemocnění, kontinuální podávání enterální výživy přes den, může mít za následek zvýšený pocit sytosti a tím pádem snížená potřeba jíst normální stravu, proto je pro zlepšení Vašeho nutričního stavu výhodnější kontinuální podávání enterální výživy v průběhu noci,

- dodržujte pitný režim, nepijte mezi jídlem a bezprostředně po jídle,
- do sondy aplikujte pouze lékařem předepsaný druh enterální výživy - název přípravku a rozpis podávání bude součástí lékařské propouštěcí zprávy,
- před a po aplikaci výživy sondu vždy propláchněte převařenou vodou ,
- při ucpání sondy použijte k proplachu sondy ohřátou vodu a mírný a opakovaný tlak injekční stříkačkou (pozor – voda nesmí být horká, vyvarujte se popálení!),
- do sondy s malým vnitřním průměrem nesmíte aplikovat výživu s vyšší viskozitou, rozdrčené tablety, výrazně kyselé nebo alkalické léky,
- fixaci sondy si nechte vyměnit druhou osobou 1x za 48 hodin nebo dle potřeby - výměnu provádějte velmi opatrně, aby nedošlo k vytažení sondy!
- Při fixaci sondy proveďte hygienu nosu, změňte polohu sondy jako prevence otlaků. K čištění hřbetu nosu používejte lihobenzín, aby fixace dobře držela. Upevnění sondy k nosnímu hřbetu je nutné, aby se sonda neposunula a nevypadla. Sondu fixujte tak, aby Vás netlačila. Za sondu nikdy netahejte!
- v případě podezření na komplikaci, roztok výživy neaplikujte a v nejbližší době navštivte svého lékaře
- pokud se zdravotní stav zlepšil natolik, že výživa sondou již není třeba, sonda se odstraní.

### **Dodávky a bezpečné zacházení**

- pokud bude pro aplikaci enterální výživy využita enterální pumpa, tuto pumpu vám zapůjčíme domů
- pro bezplatné zapůjčení enterální pumpy je nutné podepsat smlouvu o výpůjčce zdravotního prostředku; do této smlouvy je nutné uvést bydliště, kde se budete zdržovat a telefonní kontakt
- v případě poruchy enterální pumpy Vám zajistíme opravu nebo náhradní pumpu, kterou Vám na našem pracovišti nebo doma opraví nebo vymění zástupce firmy
- vaky s enterální výživou a sety a další vybavení nutné k podávání Vám předepíšeme na recept a objednáme je v lékárně FNOL
- v den propuštění vám vše vyzvedneme v naší lékárně, doplatky na léčbu Vám sdělíme před objednáním
- další dávku výživy a potřebného příslušenství dostanete při kontrolním vyšetření
- vaky s enterální výživou skladujte dle pokynů v příbalovém letáku

### **V případě problémů kontaktujte**

MUDr. ....

na telefonním čísle.....

**V případě jakýchkoliv potíží je třeba okamžitě upozornit ošetřujícího lékaře!**

### **Předpokládaný prospěch výkonu**

Zajištění kontinuální péče o hydrataci a výživu nemocného jak hospitalizovaného, tak i v domácím prostředí. Zlepšení nutričního (výživového) stavu.

### **Alternativa výkonu**

Na přechodnou dobu několika dnů lze podávání výživy u takto nemocných nahradit zavedením parenterální (nitrožilní) výživy.

### **Následky výkonu**

Po výkonu bude mít nemocný zavedenou sondu přes nosní díрку do tenkého střeva.

### **Možná rizika zvoleného výkonu**

Úspěch lékařských výkonů a jejich absolutní nerizikovitost nelze nikdy zcela zajistit. Nejčastější možné komplikace jsou:

- bolusové (jednorázové) podání může způsobovat průjmy,
- dislokace (zalomení) kašlem, zvracením, dávením nebo vytažením (úmyslně nebo náhodně),
- zkroucení nebo zauzlení sondy,
- sonda pokud je zavedená dlouho může dráždit sliznici střeva a může být i příčinou dekubitů (otlaků),
- ucpání sondy nebo její vytažení,
- mikrobiální osídlení sondy,
- dlouhodobá přítomnost sondy může mít za následek vznik gastroezofageálního refluxu, který může vést až ke stenóze distálního jícnu,
- pozdní komplikací je vznik otlaků a erozí zvláště v oblasti jícnu.

**Souhlas:****pozn. Vaši odpověď zakroužkujte:**

Byl(a) jsem srozumitelně informován(a) o alternativách výkonu prováděných ve FN Olomouc, ze kterých mám možnost volit.	ANO	NE
Byl(a) jsem informován(a) o možném omezení v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti po provedení příslušného zdravotního výkonu, v případě možné nebo očekávané změny zdravotního stavu též o změnách zdravotní způsobilosti.	ANO	NE
Byl(a) jsem informován(a) o léčebném režimu a preventivních opatřeních, která jsou vhodná, o provedení kontrolních zdravotních výkonů.	ANO	NE
Všem těmto vysvětlením a informacím, které mi byly lékařem sděleny a vysvětleny, jsem porozuměl(a), měl(a) jsem možnost klást doplňující otázky, které mi byly lékařem zodpovězeny.	ANO	NE

**Po výše uvedeném seznámení prohlašuji:**

- že souhlasím s navrhovanou péčí a s provedením výkonu a v případě výskytu neočekávaných komplikací, vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků nutných k záchraně života nebo zdraví, souhlasím s jejich provedením.	ANO	NE
- že jsem lékařům nezamlčel(a) žádné mně známé údaje o mém zdravotním stavu, jež by mohly nepříznivě ovlivnit moji léčbu či ohrozit mé okolí, zejména rozšířením přenosné choroby.	ANO	NE
- že v případě nutnosti dávám souhlas k odběru biologického materiálu (krev, moč...) na potřebná vyšetření k vyloučení zejména přenosné choroby.	ANO	NE

Datum	Hodina	Podpis pacienta nebo zákonného zástupce (opatrovníka)

Jméno a příjmení lékaře, který podal informaci	Podpis lékaře, který podal informaci

**Pokud se pacient nemůže podepsat, uveďte důvody, pro které se pacient nemohl podepsat:**

--

**Jak pacient projevil svou vůli:**

--

Jméno a příjmení zdravotnického pracovníka/svědka	Podpis zdravotnického pracovníka/svědka	Datum	Hodina