Splošna bolnišnica Novo mesto

Organizacijska enota: **Center za endoskopije**
Telefon: **07 39-16-567**

PROSTOR ZA NALEPKO
/Podatki o pacientu/
(nalepka mora vsebovati zgolj naslednje podatke: ime in priimek; ulica in hišna številka; poštna številka in naziv pošte)

PRIVOLITEV V ZDRAVSTVENO OSKRBO PO POJASNILU – *VSTAVITEV SONDE ZA HRANJENJE SKOZI TREBUŠNO STENO V ŽELODEC - PEG*

PODATKOVNI DEL

Pacient je prejel kopijo (ustrezno označi):	DA	NE
Posebne zahteve (na primer drugačen jezik / drugačna komunikacijska metoda):		
Odgovorni zdravnik ali drug zdravstveni strokovnjak, ki daje pojasnilo:		

POJASNILNI DEL

(izpolni zdravnik ali drug zdravstveni strokovnjak, ki ima primerno znanje o predlaganem posegu oziroma zdravstveni oskrbi)

1. Razlog obravnave:

1.1. Glavna diagnoza (šifra MKB):

1.2. Dodatne diagnoze (šifra MKB):

2. Predlagani poseg oziroma zdravstvena oskrba (kratka obrazložitev):
- **Pisno pojasnilo v prilogi**

2.1. Način izvedbe oziroma potek:
- **Pisno pojasnilo v prilogi**

2.2. Kakršnikoli dodatni postopki, ki lahko postanejo nujni med posegom (ustrezno označi):
- Transfuzija krvi ali krvnih nadomestkov ☐
- Infuzija tekočin ali aplikacija zdravil za umiritev eventualne alergične reakcije ☐

2.3. Ta postopek bo vključeval (ustrezno označi):
- Lokalno anestezijo (izvaja zdravnik internističnih strok) ☐
- Splošno anestezijo / področno anestezijo / sedacijo (izvaja anesteziolog) ☐
- Pregled anesteziologa, v kolikor bi nastopila težja alergična reakcija ☐

☐ **Priloga: Privolitev za anestezijo**

3. Resna ali pogosta tveganja in možni zapleti:
- **Pisno pojasnilo v prilogi**

4. Pojasnilo o alternativah zdravljenja:
- **Pisno pojasnilo v prilogi**

5. Posledice opustitve predlagane zdravstvene oskrbe:
- **Pisno pojasnilo v prilogi**

6. Kontaktne podrobnosti (če želi pacient razpravljati o različnih možnostih diagnostike in zdravljenja kasneje):

Izjava pojasnjevalca (ustrezno označi):		
Pacientu sem podrobno razložil vsebino rubrik od 1 do 6:	☐ DA	☐ NE
Pacient je na podlagi vprašanj prejel dodatna pojasnila (če jih je pacient zahteval):	☐ DA	☐ NE

Pacient ima na razpolago dodatno gradivo: Podatke o navedenem posegu je možno poiskati na internetnih straneh.
Priimek in ime pojasnjevalca (tiskano):
Poklicni naziv pojasnjevalca (tiskano):
Datum in ura:
Podpis pojasnjevalca:

Izjava prevajalca oziroma tolmača:
Pacientu sem prevajal oziroma tolmačil zgoraj navedene informacije po svojih najboljših sposobnostih in na način, ki verjamem, da ga je zmožen razumeti.
Priimek in ime prevajalca (tiskano):
Poklicni naziv prevajalca (tiskano):
Datum:
Podpis prevajalca:

PRIVOLITVENI DEL

Pacientova izjava o PRIVOLITVI
Strinjam se z medicinskim posegom oziroma zdravstveno oskrbo, opisano na tem obrazcu.
Privolitev dajem **svobodno**.
Razumem pomen in posledice privolitve.
Razumem ustna in pisna pojasnila, ki sem jih prejel.
Razumem, da bom imel priložnost, da se pogovorim o anesteziji z anesteziologom pred postopkom, razen če nujnost mojega stanja to preprečuje (to se lahko nanaša le na paciente, ki potrebujejo splošno anestezijo).
Razumem, da bo kakršenkoli postopek poleg teh, navedenih na tem obrazcu, izveden samo, če bo nujno potreben za rešitev mojega življenja ali da bi se preprečila resna škoda mojemu zdravju.

Priimek in ime pacienta (lastnoročno tiskano):
Datum in ura:
Podpis pacienta:

Pacientova prepoved
Bil sem obveščen o dodatnih postopkih, ki lahko postanejo **nujni** med mojim zdravljenjem. Navajam postopke/posege, **za katere NE želim, da bi bili izvedeni:**

Priimek in ime pacienta (lastnoročno tiskano):
Datum in ura:
Podpis pacienta*:

** V primeru zdravstvene oskrbe otroka, pri čemer se za otroka šteje oseba, ki še ni dopolnila 18 let, razen če je že prej pridobila popolno poslovno sposobnost, privolitev podajo njegovi starši ali skrbnik oziroma skrbnica.*

PRIVOLITEV O PRISOTNOST DRUGIH OSEB

Strinjam se, da so pri zdravstveni obravnavi navzoče naslednje osebe:

Ime in priimek: _____

Razmerje do pacienta: _____

Opombe: _____

SB Novo mesto je **učna ustanova, zato dovoljujem**, da so pri zdravstveni obravnavi prisotne naslednje osebe:

- Študentje ali dijaki izobraževalnih ustanov s področja zdravstva, sociale, farmacije, pedagogike ☐ DA ☐ NE Omenitve oziroma druge opombe: _____
- Zdravniki ali drugi strokovnjaki zaradi izpopolnjevanja ali usposabljanja ☐ DA ☐ NE Omenitve oziroma druge opombe: _____
- Druge osebe (predstavniki farmacevtskih družb,….): ☐ DA ☐ NE
- Omenitve oziroma druge opombe: _____

Priimek in ime pacienta (lastnoročno tiskano):

Datum in ura:

Podpis pacienta:

PRIVOLITEV ZA UPORABO PODATKOV V RAZISKAVAH IN ZA IZOBRAŽEVALNE NAMENE

Strinjam se in dovoljujem, da se moji zdravstveni in osebni podatki v anonimizirani obliki uporabijo v zdravstvenoraziskovalnih raziskavah, ki jih izvaja oz. v katerih sodeluje SB Novo mesto, z namenom izboljšanja metod zdravljenja ter spremljanja in analize kakovosti in varnosti zdravstvene obravnave in privoljujem, da se me **tudi po zaključeni zdravstveni obravnavi kontaktira** (klic, vprašalnik, pregled,…) z namenom preveritve zdravstvenega stanja in nadaljnje analize podatkov.

☐ DA ☐ NE

Priimek in ime pacienta (lastnoročno tiskano):

Datum in ura:

Podpis pacienta:

PRIVOLITEV OZIROMA PREPOVED OBDELAVE OSEBNIH PODATKOV SPOROČANJE INFORMACIJ O ZDRAVSTVENEM STANJU

Dovoljujem obdelavo osebnih podatkov in sporočanje informacij o zdravstvenem stanju:
☐ vsem ☐ naslednjim osebam:

- Ime in priimek, razmerje do pacienta, kontaktni podatki _____
- Ime in priimek, razmerje do pacienta, kontaktni podatki _____
- ☐ **nikomur**

Priimek in ime pacienta (lastnoročno tiskano):

Datum in ura:

Podpis pacienta:

PRILOGA

Vstavitev sonde za hranjenje skozi trebušno steno v želodec - PEG

(PEG - perkutana endoskopska gastrostoma)

Prosimo, preberite informacijo pred pojasnilnim razgovorom!

Spoštovana bolnica, spoštovani bolnik, spoštovani svojci bolnika!

Perkutana endoskopska gastrostoma je namenjena pacientom, ki zaradi motnje požiranja začasno ali trajno ne morejo jesti. Po vstavljenem PEG se hranjenje izvaja preko PEG.

Pred izvedbo PEG-a mora imeti pacient normalne osnovne hemostatske pogoje (število trombocitov, protrombinski čas in INR).

Perkutana endoskopska gastrostoma – PEG

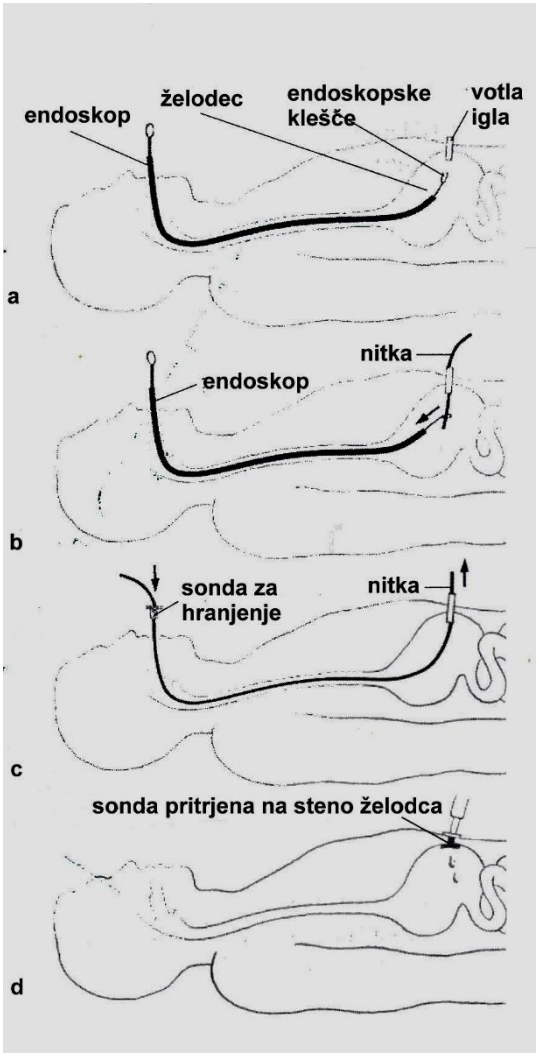
Uvajanje PEG je poseg, s katerim s pomočjo gastroskopa vstavimo hranilno cevko skozi kožo v želodec.

Po omrtvičenju žrela z lokalnim anestetikom in vbrizganjem pomirjevalnega sredstva opravimo gastroskopijo. Prvi zdravnik uvede endoskop skozi požiralnik v želodec in s presvetlitvijo trebušne stene določi mesto vstavitve. Drugi zdravnik kožo lokalno omrtviči in terilno očisti. Na trebuhu naredi majhen rez, da lahko vstavi cevko za hranjenje v želodec po metodi prikazani na shemi desno in bolj natančno opisani spodaj.

Cevko po posegu primerno skrajšamo in fiksiramo s pomočjo silikonskega varovala (zunanje pelote) in rano sterilno pokrijemo. Običajno so po vstavitvi PEG prisotne manjše bolečine, ki spontano minejo v nekaj urah.

Metoda z vodilno nitjo

Po omrtvičenju mesta vboda skozi trebušno steno v želodec uvedemo votlo iglo. Skozi iglo potisnemo vodilno nit (slika 1a + b). Nit primemo z endoskopskimi kleščami in potegnemo do ust. S pomočjo vodilne niti uvedemo sondo skozi odprtino v steni želodca in trebušni steni in jo na steno želodca pritrdimo (slika 1 c,d). Sondo lahko pustimo vstavljeno več mesecev, ne da bi vam povzročala težave.



Slika 1: Metoda z vodilno nitko

Kakšni so možni zapleti?

1. Mesto, kjer sondo uvedemo skozi trebušno steno, se lahko vname.
2. Poškodbe zobovja zaradi endoskopa ali ustnika.
3. Poškodba organov, ki ležijo ob želodcu, z votlo iglo (npr. debelo črevo), v takem primeru je potrebno takojšnje operativno zdravljenje.
4. Poškodbe grla in/ali predrtje (perforacija) požiralnika, stene želodca ali dvanajstnika z endoskopom, še posebej če so na njih že bolezenske spremembe (npr. zožitve, vnetje), saj poseg izvajamo pod kontrolo očesa. Če je stena želodca ali črevesa zelo stanjšana, (npr. zaradi razjede), lahko ob vpihovanju zraka poči.
5. Pri povečani nagnjenosti h krvavitvam ali poškodbi krvnih žil so včasih možne močnejše krvavitve.
6. Nastane lahko vnetje potrebušnice (peritonitis).
7. Tudi za pregled potrebne preiskave, posegi in spremljevalni posegi (npr. injiciranje zdravil) niso brez tveganja.

Našteti so zapleti, ki so opisani v literaturi. Pojavljajo pa se zelo redko. Zdravijo se glede na vrsto zapleta najpogosteje s transfuzijami krvi in/ali operativnim posegom.

Prosimo, ne prezrite!

<u>Pred posegom</u>

- Najmanj 10 ur pred posegom nič več ne jejte!
- Do 2 uri pred posegom lahko uživate bistro tekočino (npr. nesladkan čaj, mineralno vodo).
- Vzemite predpisana zdravila razen zdravil proti strjevanju krvi.

<u>Po posegu</u>

- Vam bomo povedali, kdaj se lahko tuširate in kopate.
- Vam bomo pokazali, kako ravnati s sondo za hranjenje in kako negujete mesto, kjer je uvedena sonda.

Če boste občutili slabost, se boste močno potili, imeli povišano telesno temperaturo, močnejše bolečine v trebuhu, če boste opazili vnetje kože trebuha okoli sonde, če se bo sonda zamašila ali izpadla, prosimo, da o tem takoj obvestite zdravnika/co!

Naslednja vprašanja so namenjena vaši varnosti. Prosimo, da na vprašanja skrbno odgovorite. Če želite, vam lahko pri tem omagamo.

Prosimo Vas, da obkrožite pravilen odgovor za vprašanjem.

1.	Ste bili že kdaj operirani na želodcu, požiralniku ali črevesu?	ne	da
2.	Se zdravite zaradi kronične infekcijske bolezni (npr. hepatitis, okužba z virusom HIV)?	ne	da
3.	Jemljete zdravila, ki vplivajo na strjevanje krvi (npr. **Marevan, nizkomolekularni heparin, Aspirin ali druga zdravila proti vnetju in bolečinam)?**	ne	da
4.	Se zdravite zaradi krvnih bolezni, močneje krvavite (npr. pogoste krvavitve iz nosu, neobičajno dolge krvavitve po majhnih poškodbah, modrice brez vzroka ali po rahlem dotiku, slabokrvnost), ali je v vašem krvnem sorodstvu kakšna dedna krvna bolezen?	ne	da
5.	Ste alergični (npr. seneni nahod, alergijska astma, ste preobčutljivi na hrano, zdravila, antibiotike, kontrastna sredstva, jod, obliže, lateks ali lokalne anestetike?)	ne	da
6.	Se zdravite zaradi bolezni srca, krvnega obtoka ali pljuč (npr. srčna napaka, obolenje srčnih zaklopk, motnje srčnega ritma, angina pektoris, srčni infarkt, povišan krvni pritisk, kronični bronhitis, bronhialna astma)?	ne	da
7.	Imate vstavljen srčni spodbujevalnik ali umetno srčno zaklopko?	ne	da
8.	Imate razširitve v požiralniku **(Zenkerjev divertikel)?**	ne	da
9.	Imate razmajane zobe ali zobne nadomestke (npr. protezo, zobni zatič, krono)?	ne	da
10.	Se zdravite zaradi kroničnih bolezni (npr. glavkom, epilepsija, ohromitve)?	ne	da
11.	Ste diabetik? Si dajete insulin ali jemljete tablete za sladkorno bolezen?	ne	da
12.	Za ženske v rodni dobi: bi lahko bili noseči?	ne	da
13.	Ste bili že kdaj rentgensko slikani v predelu želodca in črevesja? Če da, kdaj in kje? _____ Če imate slike, jih prinesite s seboj.	ne	da
14.	Je bila pri vas že kdaj narejena endoskopska preiskava želodca? Je bilo pri tem kaj zapletov ali posebnosti?	ne	da
15.	Je morala biti prejšnja endoskopija iz nepričakovanega razloga prekinjena?	ne	da
16.	Ste pri prejšnji endoskopiji dobili injekcijo?	ne	da

Pred podpisom soglasja je obvezno potrebno izpolniti naslednjo tabelo o jemanju zdravil, ki motijo strjevanje krvi.

	DA	**NE**		**DA**	**NE**		**DA**	**NE**
Marevan			**DuoPlavin**			**Efient**		
Sintrom			**Concorasa**			**Eliquis**		
Aspirin			**Klopidogrel Actavis**			**Pradaxa**		
Tagren			**Klopidogrel Teva**			**Xarelto**		
Cardiopirin			**Zyllt**			**Fragmin**		
Andol			**Clopez**			**Fraxiparine**		
Asasantin			**Plavix**			**Clexane**		
Brilique			**Pontius**			**Arixtra**		

<u>Kaj če se za vstavitev PEG sonde ne odločim?</u>

Brez vložitve PEG sonde za hranjenje skozi trebušno steno se lahko zdravljenje vaše bolezni bistveno oteži, zaradi tega bo oteženo hranjenje, kar lahko dolgoročno močno poslabša vaše zdravstveno stanje.

<u>PROSIMO, DA PRED PODPISOM SOGLASJA ZA PREISKAVO VPRAŠATE ZDRAVNIKA O STVAREH, KI JIH IZ ZGORNJEGA POJASNILA NISTE RAZUMELI ALI O KATERIH ŽELITE ŠE DODATNA POJASNILA</u>!