

**Informovaný souhlas pacienta (zákonného zástupce pacienta) s dechovým testem
k vyšetření potravinových intolerancí a/nebo SIBO**

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

Název výkonu**Dechový test****Účel výkonu:**

Dechový test k průkazu poruchy vstřebávání laktózy či jiných sacharidů z tenkého střeva

Jedná se o bezbolestný, neinvazivní dechový test, kterým lze diagnostikovat intoleranci sacharidů (Laktóza, Fruktóza, Sorbitol...) na základě stanovení koncentrace vodíku ve vydechovaném vzduchu, vznikajícího v důsledku poruchy absorpce testovaného sacharidu v tenkém střevě.

Dechový test na SIBO

Jedná se o bezbolestný, neinvazivní dechový test, kterým lze diagnostikovat bakteriální přemnožení v tenkém střevě na základě stanovení koncentrace vodíku ve vydechovaném vzduchu, vznikajícího v důsledku fermentace laktulózy nebo glukózy bakteriemi v tenkém střevě.

Povaha výkonu**Příprava pacienta před výkonem:**

- **po dobu 4 týdnů před vyšetřením** neužívat antibiotika a nepodstoupit kolonoskopii a podobná vyšetření
- **po dobu 1 týdne před vyšetřením neužívat:**
 - laxativa (projímadla – např. psyllium, Laktuloza, Gutalax, Dulcolax, Senna)
 - léky ovlivňující konzistenci stolice a činnost střev (prokinetika – Itoprid, Kinito, Degan)
 - inhibitory protonové pumpy (omeprazol, pantoprazol, lansoprazol, esomeprazol, rabeprazol...)
 - H₂ antihistaminika (Famosan)
 - probiotika
 - výživové doplňky s obsahem fruktózy a laktózy
- **nejméně den před vyšetřením** (u pacientů se zácpou a možným zpomalením průchodnosti trávicího traktu po dobu 2-3 dnů) **držet následující dietu:**
 - doporučuje se jíst malé porce a lehce stravitelné potraviny: ryby a drůbež, rýži, vejce, pít vodu.
 - **nejíst** pomalu stravitelná jídla (fazole, jídla obsahující převahu vlákniny), mléko a mléčné výrobky, obiloviny, ořechy, ovoce a zeleninu, nekonzumovat potraviny a nápoje se zvýšeným obsahem fruktózového (kukuřičného) sirupu, inulinu, FODMAP a sladidel
- 12 hodin před vyšetřením se zcela zdržet jakékoliv konzumace, kromě čisté vody. Nejíst žádná jídla, nepít tekutiny (kromě vody), nekonzumovat alkohol, nežvýkat ani žvýkačky, bonbóny.
- **V den vyšetření nekouřit!**

Průběh vyšetření pacienta:

- pacient se na vyšetření dostaví ráno, nalačno, při dodržení výše uvedených podmínek. Doma před vyšetřením je třeba si vyčistit zuby, ale ne později než ½ hodiny před vyšetřením. ½ hodiny před vyšetřením nespát ani fyzicky necvičit
- pacient ráno před vyšetřením nemá brát žádné předepsané léky, ale je třeba je vzít na ranní vyšetření s sebou, užije je současně s vypitím podaného roztoku

- nejméně 1 minutu před vyšetřením pacient sedí v úplném klidu a klidně dýchá
- po zasunutí plastového filtračního nástavce s papírovým filtrem do GastroLyzéru se pacient nadechne a na 15 sekund zadrží dech
- po zaznění signálu nenásilně a pomalu vydechne celý obsah plic do náustku (toto měření je nultým měřením)
- po nultém měření pacient vypije roztok testovaného cukru a vlažné vody
- další kontrolní měření pak probíhají v pravidelných časových intervalech po dobu následujících 2-3 hodin

POKUD SE PRECIZNĚ NEDODRŽUJÍ UVEDENÉ ZÁSADY VYŠETŘENÍ, SENZITIVITA A SPECIFITA TESTU MŮŽE VÝRAZNĚ OVLIVNIT VYŠETŘENÍ

Možná rizika zvoleného výkonu:

V rámci vyšetření se mohou vyskytnout zažívací potíže, podobné těm, které vedly k indikaci tohoto vyšetření (nadýmání, křeče břicha a průjem).

Souhlas:

pozn. Vaši odpověď zakroužkujte:

Byl(a) jsem o výkonu srozumitelně informován(a).	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 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 sdělil(a) všechny mně známé údaje o mém zdravotním stavu, které by mohly nepříznivě ovlivnit průběh vyšetření 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 a jak pacient projevil svou vůli:

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