

PŘÍLOHA Č.1: DOTAZNÍK PROBANDA HRQL

Pacientovy údaje	
Jméno/ příjmení:	
Kontakt:	
Pohlaví:	muž / žena
Věk:	let
Váha:	kg
Výška:	cm

Zhodnoťte, jak moc Vás trápí jednotlivé obtíže. Správnou odpověď prosím zakroužkujte.

	Bez příznaků	příznak přítomen, neobtěžuje	příznak přítomen, obtěžuje, ne však každý den	příznak obtěžuje každý den	příznak ovlivňuje každodenní činnosti
1. Jak silné je Vaše pálení žáhy, pokud je přítomno?	0	1	2	3	4
2. Pálí Vás žáha vleže?	0	1	2	3	4
3. Pálí Vás žáha vestoje?	0	1	2	3	4
4. Pálí Vás žáha po jídle?	0	1	2	3	4
5. Mění se pálení žáhy ve vazbě na typ diety?	0	1	2	3	4
6. Budí Vás pálení žáhy ze spaní?	0	1	2	3	4
7. Pálí Vás žáha, když se předkloníte?	0	1	2	3	4
8. Máte obtíže s polykáním?	0	1	2	3	4
9. Je pro Vás polykání bolestivé?	0	1	2	3	4
10. Vrací se Vám hořká tekutina ze žaludku do krku či úst?	0	1	2	3	4
11. Jak jste spokojen/a se svým nynějším zdravotním stavem?	spokojen/a		neutrální		nespokojen/a
					Bodů celkem
Součet bodů					

12. Máte trávicí obtíže jiného charakteru? Pokud ano, o jaké potíže se jedná?

PŘÍLOHA Č.2: CHICAGO CLASSIFICATION OF ESOPHAGEAL MOTILITY-

TABULKA

The Chicago Classification of esophageal motility

DIAGNOSIS	DIAGNOSTIC CRITERIA
<i>Achalasia</i>	
<i>Type I achalasia</i>	Classic achalasia: mean IRP > upper limit of normal, 100% failed peristalsis
<i>Type II achalasia</i>	Achalasia with esophageal compression: mean IRP > upper limit of normal, no normal peristalsis, panesophageal pressurization with $\geq 20\%$ of swallows
<i>Type III achalasia</i>	Mean IRP > upper limit of normal, no normal peristalsis, preserved fragments of distal peristalsis or premature (spastic) contractions with $\geq 20\%$ of swallows
<i>EGJ outflow obstruction</i>	Mean IRP > upper limit of normal, some instances of intact peristalsis or weak peristalsis with small breaks such that the criteria for achalasia are not met [‡]
<i>Motility Disorders</i>	<i>(Patterns not observed in normal individuals)</i>
<i>Distal esophageal spasm</i>	Normal mean IRP, $\geq 20\%$ premature contractions
<i>Hypercontractile esophagus (Jackhammer esophagus)</i>	At least one swallow DCI > 8,000 mmHg-s-cm with single peaked or multi-peaked contraction ^{††}
<i>Absent peristalsis</i>	Normal mean IRP, 100% of swallows with failed peristalsis

DIAGNOSIS	DIAGNOSTIC CRITERIA
<i>Peristaltic abnormalities</i>	<i>(Defined by exceeding statistical limits of normal)</i>
<i>Weak peristalsis with large peristaltic defects</i>	Mean IRP <15 mmHg and >20% swallows with large breaks in the 20 mmHg isobaric contour (>5 cm in length)
<i>Weak peristalsis with small peristaltic defects</i>	Mean IRP <15 mmHg and >30% swallows with small breaks in the 20 mmHg isobaric contour (2–5 cm in length)
<i>Frequent failed peristalsis</i>	>30%, but <100% of swallows with failed peristalsis
<i>Rapid contractions with normal latency</i>	Rapid contraction with $\geq 20\%$ of swallows, DL >4.5 s
<i>Hypertensive peristalsis (Nutcracker esophagus)</i>	Mean DCI > 5,000 mmHg-s-cm, but not meeting criteria for hypercontractile esophagus
<i>Normal</i>	Not achieving any of the above diagnostic criteria

†May be a variant form of achalasia, indicative of wall stiffness consequent from an infiltrative disease, or manifestation of hiatal hernia in which case it can be subtyped to CD or LES

††The locus of the multi-peaked contraction can be in either of the distal two contractile segments or very rarely in the LES, but is usually this is in the third contractile segment. May coexist with EGJ outflow obstruction

PŘÍLOHA Č.3 : INFORMOVANÝ SOUHLAS

Razítko pracoviště

Informovaný souhlas pacienta (zákonného zástupce) s vyšetřením

Příjmení:
Jméno:

1. Název zdravotního výkonu:

- Jícnová manometrie

2. Diagnóza, která vede k provedení zdravotního výkonu:

- dysfagie
- gastroesofageální reflux
- jiná diagnóza: _____

3. Informace o potřebném diagnostickém výkonu, včetně údaje o jeho účelu, povaze, předpokládaném prospěchu a následcích:

Manometrie jícnu je vyšetření tlaků jícnových svěračů a pohyblivosti svaloviny jícnu.

Cílem tohoto vyšetření je měření tlaků svěračů jícnu. Naměřené hodnoty mají význam pro průkaz škodlivého návratu kyselých žaludečních šťáv do jícnu, který je odborně nazýván jako refluxní choroba jícnu, eventuelně poruchy pohyblivosti jícnu. Tato choroba může mít řadu jak lokálních, tak i vzdálených komplikací, kterým se dá při včasné průkaz a adekvátní léčbě předejít.

K měření se používá přes nos zavedená tenká sonda (asi 6 mm silná) spojená s vyhodnocovacím zařízením, která ve svém průběhu snímá tlaky v jícnu. Vlastní vyšetření trvá asi 20 minut. Před zahájením vlastního vyšetření může být do nosních průduchů aplikován znečitlivující roztok, většinou však toto není nutné.

Výkon může být spojen s mírným bolestivým pocitem a nepříjemnými pocity při zavádění sondy nosem.

4. Rizika zdravotního výkonu:

Komplikace jsou výjimečné, může dojít zejména k přechodnému podráždění hrtanu po výkonu. Vzácněji může dojít ke krvácení z nosních průduchů, které obvykle spontánně ustává.

5. Alternativy zdravotního výkonu:

Alternativní metoda není dostupná, jen orientačně můžeme použít rentgenové vyšetření jícnu.

6. Údaje o možném omezení v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti po provedení příslušného zdravotního výkonu, lze-li takové omezení předpokládat; v případě možné nebo očekávané změny zdravotního stavu též údaje o změnách zdravotní způsobilosti:

Doporučuje se asi 2 hodiny před vyšetřením nejíst a nepít pro možnost aplikace znecitlivujících roztoků při intoleranci zavádění sondy.

Předpokládaná doba hospitalizace:

- výkon je prováděn ambulantně

Předpokládaná doba trvání pracovní neschopnosti:

- po jícnové manometrii je možno se ihned vrátit ke svému povolání/studiu

Předpokládaná omezení v běžném způsobu života:

- kromě výše uvedených režimových a dietních opatření nejsou žádná další omezení v běžném způsobu života

7. Údaje o léčebném režimu a preventivních opatřeních, která jsou vhodná, o provedení kontrolních zdravotních výkonů:

Na základě manometrického nálezu rozhodne lékař o dalších diagnostických či léčebných postupech, dietních, režimových a léčebných opatřeních, která jsou vhodná, jakož i o vhodnosti doplňujících či kontrolních vyšetření. Tyto údaje zaznamená do zprávy o provedení výkonu, kterou poté předá pacientovi a jeho ošetřujícímu lékaři.

8. Odpovědi na doplňující otázky pacienta (zákonného zástupce):

Prohlášení lékaře:

Prohlašuji, že jsem výše uvedeného pacienta (zákonného zástupce) srozumitelným způsobem informoval o jeho zdravotním stavu (o zdravotním stavu osoby jím zastupované) a o veškerých shora uvedených skutečnostech, plánovaném vyšetření, léčebném postupu, a to včetně upozornění na možné komplikace. Pacient (zákonný zástupce) byl též seznámen s plánovaným způsobem anestezie (sedace), bude-li použita.

V Praze, dne.....

.....

Podpis a jmenovka lékaře

Souhlas pacienta (zákonného zástupce):

Já, níže podepsaný, prohlašuji, že jsem byl lékařem srozumitelně informován o svém zdravotním stavu (o zdravotním stavu osoby mnou zastupované) a o veškerých shora uvedených skutečnostech: o navrhované léčbě, o možných výhodách a rizicích navrhované léčby, o možných alternativách a o problémech, které je možno očekávat v průběhu úzdravy. Údaje a poučení mi byly lékařem sděleny a vysvětleny, porozuměl jsem jim a měl jsem možnost klást doplňující otázky, které mi byly lékařem zodpovězeny. Na základě poskytnutých informací a po vlastním zvážení souhlasím s provedením vyšetření, léčebným postupem (viz výše), případně s použitím uvedené anestezie (sedace), včetně provedení dalších zdravotních výkonů, pokud by jejich neprovedení bezprostředně ohrozilo můj život nebo zdraví (život nebo zdraví osoby mnou zastupované).

Jako zákonný zástupce prohlašuji, že v přiměřeném rozsahu a formě bylo poučení poskytnuto osobě mnou zastupované.

Současně také prohlašuji, že jsem lékaři sdělil všechny mně známé důvody, které by mohly zkomplikovat klidný průběh zdravotního výkonu (zejména užívané léky, alergie a všechna přidružená onemocnění).

V Praze, dne.....

.....

Podpis pacienta
(zákonného zástupce)***Identifikace zákonného zástupce:***

Jméno a příjmení:Datum narození:

Vztah k pacientovi:

Nemůže-li se pacient (zákonný zástupce) podepsat, podepíše se svědek, který byl přítomen projevu souhlasu:

Jméno a příjmení svědka:

Důvod nepodepsání souhlasu:

Způsob, jakým pacient projevil vůli:

V Praze, dne

.....

Podpis svědka

