

# PRAKTICKÁ PŘÍRUČKA

## Můj život s PEGem



**FRESENIUS  
KABI**

caring for life

# Můj život s PEGem

## Obsah

Popis PEGu	6
Co je to PEG?	7
Co je to PEG/J?	8
Jak se PEG zavádí?	9
Jaký druh výživy se do PEGu aplikuje?	10
Obecná doporučení	11
Každodenní podávání výživy do PEGu	11
Doporučené podávání tekutin do PEGu	12
Co do PEGu nepatří	13
Jak ošetřovat PEG	14
Každodenní péče o PEG	15
Komplikace PEGu a jejich řešení	16
Užívání léků při zavedeném PEGu	20
Zavedený PEG u dětí	22
Nejčastější otázky	25
Klinická výživa do PEGu	28
Slovníček pojmů	31
Zápisník pacienta	35

### Poděkování spoluautorům:

MUDr. Libor Urbánek, Ph.D.  
MUDr. Milan Dastych  
MUDr. Astrid Šuláková, Ph.D.  
MUDr. Eva Karásková  
MUDr. Milana Šachlová, Ph.D.  
Doc. MUDr. Jiří Bronský, Ph.D.

## Důležité kontakty a informace:

Ošetřující lékař: .....

Pracoviště zavádějící PEG: .....

Nutriční ambulance pečující o pacienta: .....

Datum zavedení PEG: .....

Identifikace PEG (značka, typ, CH/FR): .....

Používaný přípravek klinické výživy (značka, objem): .....

.....

Seznam nutričních ambulancí v ČR najdete na [www.skvimp.cz](http://www.skvimp.cz)

## Milí pacienti, milá pečující rodino,

do rukou se vám dostává praktická příručka společnosti Fresenius Kabi „**Můj život s PEGem**“.

Pravděpodobně jste se vy nebo někdo z vašich blízkých dostali do situace, kdy vám lékař doporučil zavedení tzv. perkutánní endoskopické gastrostomie (PEG) nebo jejunostomie (PEJ).

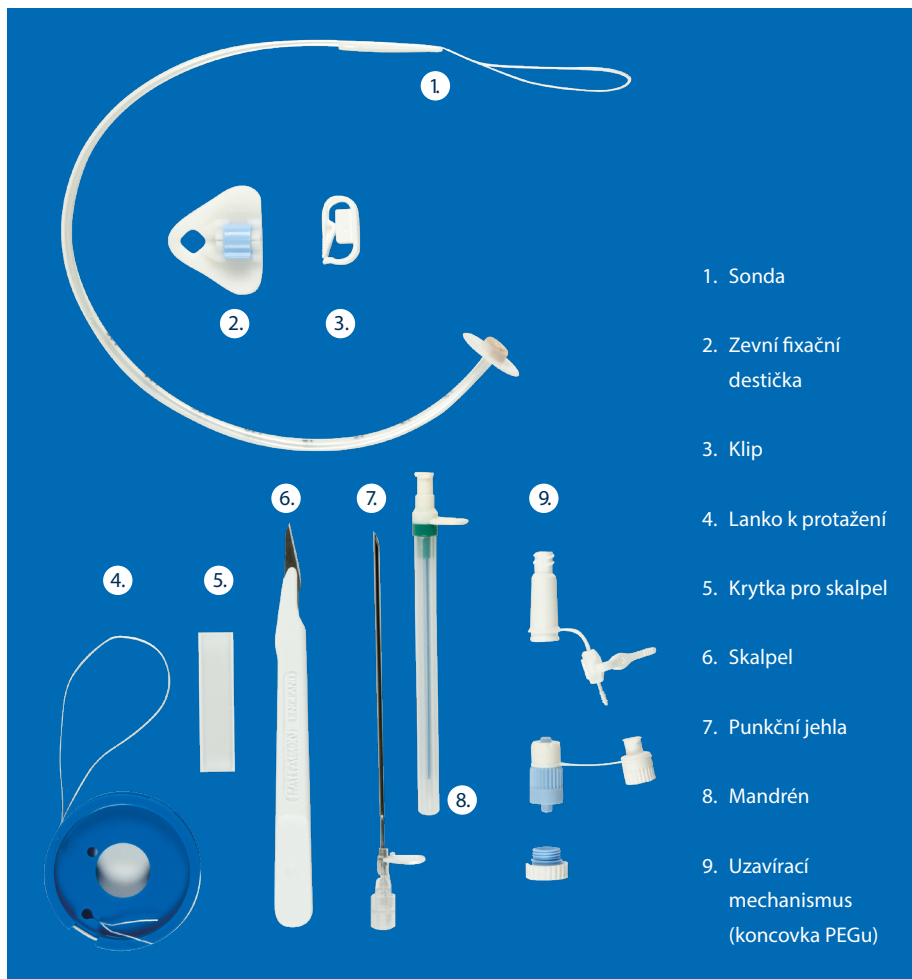
Důvodem pro zavedení PEGu je situace, kdy je příjem stravy ústy nedostatečný nebo zcela nemožný a vývoj onemocnění či rekonvalescence by byl výrazně ohrožen úbytkem vaší váhy. Přitom výživa a dostatečný příjem **bílkovin, energie, vitamínů a minerálů** jsou, zejména v období nemoci, **VELMI DŮLEŽITÉ!**

Přijměte tuto příručku jako návod, který vám pomůže se zorientovat v celé problematice a pokusí se vám zodpovědět vaše nejčastější otázky.

Součástí příručky je i **Zápisník pacienta**, ve kterém si pečlivě sledujte a zapisujte jednotlivá doporučení. Tento Zápisník si prosím berte s sebou na pravidelné kontroly ke svému ošetřujícímu lékaři.

Tým Fresenius Kabi

## Popis PEGu

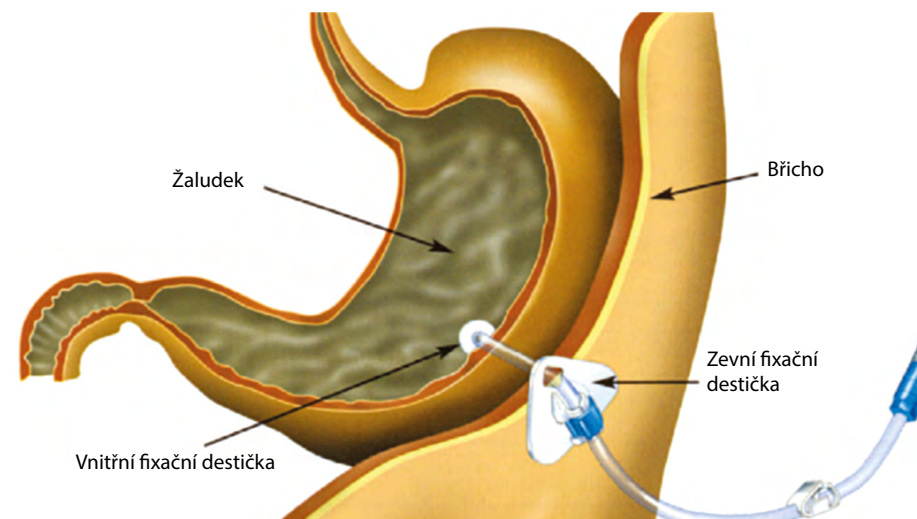


[ 6 ]

## Co je to PEG?

Perkutánní endoskopická gastrostomie (PEG) je definována jako zavedení tenké hadičky (sondy) do žaludku v průběhu gastroscopie a vyvedení ven přes břišní stěnu. Tímto jednoduchým způsobem zajišťujeme tzv. alternativní přístup pro podávání výživy v případech, při nichž je výživa ústy nedostatečná nebo zcela nemožná.

Ve chvíli, kdy se stav pacienta zlepší a jeho příjem stravy ústy je dostatečný, je možné PEG odstranit.



[ 7 ]

## Co je to PEG/J?

V případě, že není možné podávat výživu do žaludku, je možné zavést cestou přes PEG sondu do tenkého střeva a tou pacienta živit přímo do tenkého střeva. Hovoříme o perkutánní endoskopické gastrostomii s jejunální sondou.

## Co je to PEJ?

V případě, že není možné zavést sondu do žaludku, zavádíme při endoskopii sondu přes břišní stěnu přímo do tenkého střeva. Hovoříme o perkutánní endoskopické jejunostomii.

## Výživový knoflík (Feeding Button)

Výživový knoflík je druhá volba pro dlouhodobou klinickou výživu. Lze jej zavést nejdříve za 6–8 týdnů po zavedení PEGu. Výživový knoflík je diskrétní náhrada PEGu, vhodný u aktivních pacientů (školáci, studenti) i u neklidných pacientů, kteří mohou PEG vytáhnout nebo poškodit.



## U jakého typu onemocnění se PEG doporučuje?

Zavedení PEG je doporučováno u nemocí a stavů, v jejichž průběhu (nebo při jejichž léčbě) není možný dostatečný příjem stravy ústy po dobu delší než 4–6 týdnů.

[ 8 ]

### Jedná se zejména o onemocnění:

- **onkologická** (chemoterapie, radioterapie, chirurgický zákrok), zejména v oblasti hlavy a krku (nejčastěji nádory s nutností ozařování)
- **neurologická** s poruchou polykání (stavy po cévních mozkových příhodách, degenerativní postižení nervové soustavy) a další
- **po rozsáhlých operačních výkonech/úrazech**

Zavedení PEGu u těchto onemocnění umožní podávání tzv. definované výživy v tekuté formě přímo do žaludku a zajištění příjmu potřebného množství energie a živin.

## Jak se PEG zavádí?

PEG se zavádí pomocí ohebného endoskopu – gastrokopu. Přístroj se zavede přes dutinu ústní do žaludku.

Výkon je nebolestivý, místo protažení katetru břišní stěnou je znecitlivěno injekcí lokálního anestetika, provádí se v tzv. analgosedaci, tedy po aplikaci léků, které snižují bolestivost.

Přesný postup zavedení PEG vám vysvětlí váš lékař.

[ 9 ]

## Jaký druh výživy se do PEGu aplikuje?

Do PEGu je nutné aplikovat **tekutou klinickou výživu**, která je vyrobena v takové konzistenci, aby sondou bez problému procházela a **neucpávala ji**.

### Přípravky klinické výživy jsou:

- **nutričně kompletní** (obsahují všechny potřebné živiny, bílkoviny, vitamíny, minerální látky a stopové prvky a dodávají potřebnou energii)
- **tekuté konzistence**
- nemocnému zajišťují **plnohodnotnou stravu**
- dodávány **ve vacích o různých velikostech** (500 ml, 1 000 ml)
- aplikovány do PEGu přes podávací set, enterální pumpu nebo stříkačku



[ 10 ]

## Obecná doporučení

### Jak podávat výživu do PEGu?

- Klinickou výživu lze podávat **v jednotlivých dávkách (bolusech)** větší **stříkačkou** (nejčastěji typu Janette). Celkový objem výživy je rozdělen do 5–8 dílčích dávek (porcí) po cca 200–300 ml.\*
- Janetovu stříkačku **po podání výživy vždy pečlivě umyjte** pod proudem horké vody. Večer po podání poslední dávky ji vyvařte rozloženou v nádobě s pitnou vodou.
- V případě, že vám byla nutriční ambulancí zapůjčena **enterální pumpa** k podávání klinické výživy, **budete touto ambulancí důkladně proškoleni**.



## Každodenní podávání výživy do PEGu

- **Před každým podáváním výživy do PEGu se ujistěte, že podstatná část předchozí dávky enterální výživy již žaludek opustila.** Pokud se tzv. „odtáhne“ Janetovou stříkačkou více než 100 ml žaludečních šťáv, je třeba podání výživy **ODLOŽIT**. Totéž platí při pocitu plného žaludku, vzedmutého nadbřišku anebo pokud po otevření setu žaludeční obsah pod tlakem vytéká. Pokud potíže neustupují, kontaktujte svého ošetřujícího lékaře.

\* Uvedené dávky výživy jsou určeny pro dospělé pacienty a jsou orientační. Přesné dávkování určí ošetřující lékař.

[ 11 ]

- **PEG proplachujte před každým podáním výživy** i po skončení podávání. Použijte **30–50 ml převařené vody**. K proplachům jsou naopak zcela nevhodné kyselé roztoky (ovocné šťávy, limonády, minerálky), které mohou vést ke srážení výživy a ucpání PEGu.
- Po ukončení podávání výživy PEG uzavřete, aby nedocházelo k úniku výživy nebo žaludečních šťáv.
- **Polohu pacienta** při aplikaci výživy volíme nejčastěji **v polosedě nebo sedě** tak, aby nebyla stlačena oblast žaludku.
- **Po aplikaci** je vhodné **setrvat v této pozici min. 30–60 min.**, aby nedocházelo k zatékání výživy do jícnu a horních cest dýchacích.



## Doporučené podávání tekutin do PEGu

PEG lze využít i pro aplikaci tekutin (voda nebo čaj). Jedná se např. o pacienty s problémem příjmu tekutin po mozkové příhodě nebo pacienty s poruchou polykacího reflexu.

Doporučené množství tekutin odpovídá cca 1,5l, podávaným v dávce cca **2–3 dl po jídle**.

## Co do PEGu nepatří

- **Běžná strava** připravovaná kuchyňskými metodami, a to ani v mixované podobě
- **Alkohol, ovoce, jogurtové nápoje**
- Pozor je třeba si dát i na **kyselé tekutiny** (džusy, ovocné čaje), které mohou při kontaktu s klinickou výživou vést k vysrážení a ucpání PEGu





## Jak ošetřovat PEG

**Péče o PEG je velmi jednoduchá**, základem je udržování místa průchodu břišní stěnou v čistém stavu a suchu.

### Ošetřování PEGu v prvních 10 dnech po zavedení:

**Během prvních 24–48 hodin po zavedení PEGu zůstává péče na ošetřujícím personálu nemocnice.**

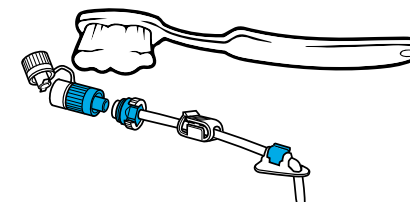
Po propuštění z nemocnice **v prvních 10 dnech dbejte na sterilní péči a ošetřujte každý den:**

- Uvolněte zevní fixační destičku a posuňte ji směrem od břišní stěny asi o 5 cm
- PEGem NEOTÁČEJTE o 360° ani jej NEZANORŮJTE (mírné pootočení nevadí)
- Je třeba si všimnout všech změn (zarudnutí, hnis, obtékání výživy apod.)
- Místo kolem vstupu do břišní stěny **dezinfikujte** a očistěte od zaschlého sekretu
- Pod vnější fixační destičku v prvních deseti dnech po zavedení vkládejte sterilní gázový čtverec.
- Za stálého mírného tahu za PEG posuňte fixační destičku těsně ke kůži
- Od 8. dne po zavedení 1x denně PEGem pootočít o 180°.
- Od 10. dne 2x týdně zanořit a otočit PEG o 360°.

## Každodenní péče o PEG

### Péče od 11. dne po zavedení

- Uvolněte zevní fixační destičku a posuňte ji směrem od stěny břišní asi o 5 cm.
- Ubezpečte se, že kůže v okolí vpichu není zarudlá a nejsou zde zbytky výživy nebo žaludečních šťáv.
- Denně při převazu pootočte PEGem o 180°.
- Pečlivě očistěte místo vpichu vlhkou gázou (nemusíte se bát osprchovat) a osušte.
- Za mírného tahu PEGem opět fixační destičku posuňte zpět k břišní stěně.
- Provedte šetrné přitažení zevní fixační destičky tak, aby se nevnořovala do kůže.
- **Zevní destička musí volně spočívat na kůži. Ujistěte se, že mezi destičkou a břišní stěnou není vůle příliš velká ani se nevtlačuje do kůže.**
- 2x týdně ZANORĚT (směrem do žaludku) a OTOČIT PEG o 360°.
- Nezapomínejte také na každodenní čištění vstupu (uzávěru) do PEGu. K čištění můžete použít obyčejný zubní kartáček.



### Pozor!

#### Používaná dezinfekce na kůži se řídí zvyklostmi pracoviště, které PEG zavádělo.

Vhodná dezinfekce je např. Prontosan nebo Skinsept.

Dezinfekce typu Betadine, Braunol, Jodisol, Braunovidon a Octenisept by neměly být k dezinfekci PEGu použity, protože mohou negativně ovlivnit jeho fyzikálně-mechanické vlastnosti.

## Komplikace PEGu a jejich řešení

### Obtékání výživy

Můžeme se setkat s **obtékáním výživy** otvorem v břišní stěně kolem PEGu. Řešením může být mírné dotažení fixační destičky. Destičku odklopíme, sondu lehce napneme a v nové poloze znovu zavřeme fixační destičku. Masivní obtékání může nejenom podráždit okolní kůži, ale také může vést k úniku enterální výživy do dutiny břišní se vznikem akutní peritonitidy. Pokud obtékání výživy i při dotažení fixační destičky přetrvává, může být příčinou zanoření vnitřního disku PEGu do žaludeční sliznice. Jak správně fixovat zevní destičku PEGu, abychom předešli těmto obtížím, je popsáno v kapitole „Každodenní péče o PEG“.

Při výskytu výše uvedených vážných komplikací kontaktujte do 24 h pracoviště, které PEG zavádělo.

### Ucpaný PEG

Při správné péči o PEG a aplikaci vhodné klinické výživy by k ucpaní PEGu nemělo dojít.

Pokud taková situace nastala, pokuste se propláchnout PEG převařenou vlažnou (ne horkou) vodou o objemu 10 ml.

Velmi jednoduchým řešením ucpaného PEGu je propláchnutí sondy malým množstvím Coca-Coly.

PEG také můžete napustit vlažným roztokem pankreatických enzymů (Pancreaonal – k sehnání v lékárně). V tomto případě rozpustíte granule vysypané z tobolky ve vodě s trochou jedlé sody. Ponechte cca 5–10 min v PEGu a poté ho propláchněte vodou. Pokud nelze propláchnout, kontaktujte neprodleně (do 24 h) ošetřujícího lékaře.

### Pozor!

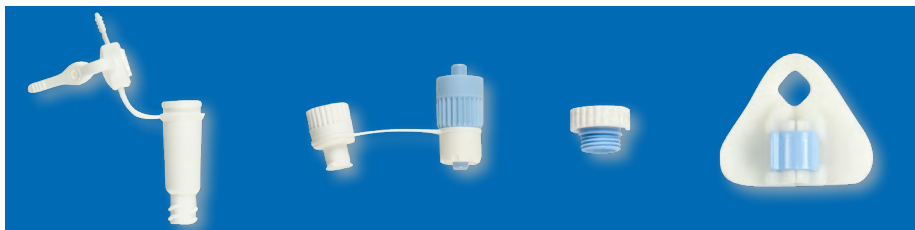
**Nikdy se nesnažte proplachovat PEG vysokým tlakem nebo mechanicky zasahovat do PEGu** (např. drátkem apod.), aby nedošlo k jeho poškození nebo k vašemu poranění. Pokud se proplachem nepodaří PEG uvolnit, je třeba co nejdříve vyhledat lékaře.

**Prevencí ucpaní PEGu je každodenní správně prováděná péče** (zejména pravidelné proplachy), a to i v případě, že PEG již nemusíte používat. Vyvarujte se aplikace jiné než lékařem předepsané klinické výživy (zejména jakékoliv doma připravené stravy obsahující tuhé kousky).

### Vypadnutí PEGu

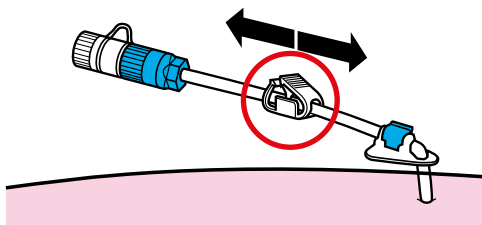
Pokud PEG vypadne, je nutné do žaludku otvorem IHNED zavést náhradní cévku (např. sterilní močový katetr nebo jakoukoli hadičku – v domácím prostředí může být např. i brčko) **s cílem zabránit zatažení vstupu do žaludku a tím „uzavření“ vstupu pro PEG. Otvor zarůstá během několika hodin!** Nejpozději následující pracovní den kontaktujte centrum, které PEG zavádělo.

## Náhradní díly k PEGu – lze objednat přes vaši nutriční ambulanci



## Prasknutí PEGu

Vzácně může dojít k porušení celistvosti PEGu (např. výskytu praskliny). K této komplikaci může dojít, zejména pokud je PEG zaveden již delší dobu a došlo k určitým změnám elasticity. Další příčinou může být nešetrná manipulace. K prasklinám dochází zejména v místě, kde se PEG uzavírá klipem. Proto je **NUTNÉ** klip posouvat. **Prevencí prasknutí sondy je STRÍDÁNÍ místa uzavírání klipu po celé jeho délce.** Drobnou prasklinku lze přelepit náplastí a při kontrole na problém upozornit. Větší praskliny mohou zcela znemožnit podávání výživy a jsou důvodem časně návštěvy lékaře s výměnou nebo zkrácením PEGu. Poškozené plastové koncovky, uzávěry, klip a fixační disk lze jednoduše vyměnit v nutriční poradně.



## Tmavší zbarvení PEGu

Barevné změny čiré hadičky se mohou vyskytnout zejména po delší době užívání PEGu a jsou nejčastěji způsobené silným černým čajem nebo tekutinami obsahuj-

cími agresivní barviva (ovocné čaje, dobarvované džusy). Jedná se tedy o tekutiny, které bychom do PEGu aplikovat neměli, nicméně tmavší zbarvení funkci nijak negativně neovlivňuje. Pokud je PEG mechanicky poškozen, (pokřiven, zmačkan), je třeba situaci konzultovat s ošetřujícím lékařem.

## Průjmy, zvracení

**Za průjem považujeme více než 3 stolice/den nebo 1x objemná kašovitá stolice/den.** Nejčastější příčinou průjmů či zvracení je velký objem jednotlivé dávky výživy nebo její příliš rychlé podávání, krátký interval mezi jednotlivými dávkami a poruchy střevní mikroflóry (např. u dlouhodobého užívání antibiotik). V těchto případech je nutné konzultovat situaci s vaší nutriční ambulancí nebo praktickým lékařem.

## Vdechnutí výživy nebo žaludečních šťáv (ASPIRACE)

Tomuto riziku lze předejít správným polohováním pacienta během podávání výživy (poloha vsedě nebo polosedě). Důležité je také dodržovat správné dávkování klinické výživy a nezapomínat na „odtažení“ obsahu žaludku před každým podáváním výživy (viz kapitola „Každodenní podávání výživy do PEGu“, odstavec 1).

## Granulace, infekce (zarudnutí)

Zánětlivé projevy i tvorba granulační tkáně se mohou objevit **kdykoli** v průběhu přítomnosti PEGu v břišní stěně.

Pokud je v okolí vstupu PEGu drobná ložiska, které krvácí i při minimálním mechanickém podráždění, jedná se o granulační tkáň, kterou se organismus snaží **UZAVŘÍT** umělé vyústění z břišní stěny a již lze snadno odstranit.

V případě zarudnutí kůže kontaktujte svého ošetřujícího lékaře, který zaléčí infekci lokálními antibiotiky. V případě zvýšené teploty kontaktujte pracoviště, které PEG zavádělo.

## Užívání léků při zavedeném PEGu

**Pokud je možné při zavedeném PEGu i příjem ústy, jsou léky podávány běžnou cestou.**

V případě, že nemůžete léky polykat, je nutné podávat léky do PEGu. Po poradě se svým lékařem, případně lékárníkem, **upřednostňujte léky ve formě kapek nebo sirupů.**

V případě, že je váš lék dostupný pouze ve formě tablet, **je nutné léky pečlivě rozdrtit na jemný prášek a rozpustit je v malém množství vody** (max. 50 až 100 ml).

Léky aplikujte do PEGu Janettovou stříkačkou. Po aplikaci léku PEG propláchněte 50–100 ml vody. Nedojde tak k usazení léku na jeho stěně.

**Při nejistotě je NUTNÉ se domluvit s lékárníkem nebo lékařem, který podání léku předepsal.**



### DULEŽITÉ!

1. **U některých léků může rozdrčení a naředění vést ke změně jejich účinku**, což může být spojeno i s vážnými nežádoucími účinky. Jedná se zejména o preparáty s řízeným uvolňováním účinné látky (tzv. retardované formy léků) nebo o látky citlivé na kyselé žaludeční prostředí určené k rozpuštění až ve střevě. Podání těchto typů léků do PEGu tedy není vhodné a mohlo by vést až k ohrožení života. Doporučujeme proto konzultaci s ošetřujícím lékařem, které léky lze do PEGu bezpečně aplikovat v rozdrčené formě. Za nevhodné preparáty pak váš lékař zvolí bezpečnou a vhodnou alternativu.
2. **Léky se v PEGu nesmějí setkat s výživou** a látkami, které by mohly způsobit jejich sražení (ovocné šťávy, minerálky a jiné léky). **Ideálně podávejte léky po podávání výživy (cca 30 min).**

## Zavedený PEG u dětí

### V jakých situacích se PEG u dětí zavádí?

Stejně jako u dospělých je základním obecným pravidlem pro rozhodnutí o zavedení PEGu nutnost dlouhodobé plné nebo doplňkové klinické výživy (ve většině případů déle než 4–6 týdnů). Vzhledem ke specifikům dětského věku, kdy jsou **výživa a prospívání u dětí spojeny s celkovým psychomotorickým vývojem, je zavedení PEGu otázkou mnohdy velmi zásadní.**

Kvalifikovaný přístup lékaře a porozumění rodičů, že tato volba výživy je pro jejich dítě v danou chvíli nezbytná, je základem pro navození vztahu důvěry lékař/rodič. Cílem není dítě traumatizovat zbytečným zákrokem, ale prospět jeho vývoji a celkovému zdravotnímu stavu.



[ 22 ]

Současné zavedení PEGu nevylučuje možnost kombinovaného přístupu v podávání běžné stravy ústy, pokud je to vzhledem k diagnóze možné, nebo dokonce žádoucí (např. podávání mateřského mléka).

### Nejčastější důvody k zavedení PEGu u dětí jsou:

- **Neurologická onemocnění** s poruchou polykání
- **Chronická onemocnění** spojená s poruchou výživy (např. chronické onemocnění plic, cystická fibróza)
- **Onkologická onemocnění**
- **Metabolické poruchy**
- **Dialyzovaní pacienti** s vrozenou srdeční vadou
- **Předčasně narozené děti** s velmi nízkou porodní váhou v kombinaci s dalším onemocněním
- U pacientů, kteří potřebují současně fundoplikaci

V dětském věku je vhodnou alternativou PEGu výživový knoflík (Feeding Button).



[ 23 ]

## Běžný život dítěte s PEGem

U dětí předškolního či školního věku **nejsou PEG nebo výživový knoflík žádnou překážkou v jejich běžných aktivitách**, pokud to jejich zdravotní stav dovolí.

**U dětí školního věku doporučujeme seznámit se situací učitele**, který může být pro dítě oporou v době školního vyučování a současně může eliminovat případné posměšky ze strany ostatních spolužáků. **Dobře informovaný kolektiv dětí** má velmi dobrý vliv na celkový psychický stav dítěte s PEGem a ztotožněním se s léčbou. Nabídne mu jistotu a tolik potřebné sebevědomí!!!



## Nejčastější otázky

### Mohu přijímat stravu i ústy, když mám PEG?

Pokud je pacient, s ohledem na svůj zdravotní stav a podstupovanou léčbu, schopen přijímat stravu ústy, slouží PEG jako „doplňkový nebo záložní“ přístup do žaludku pro případ snížení či vyloučení výživy přirozenou cestou. V tomto případě je nutné PEG minimálně 2x denně propláchnout cca 50–100 ml převařené vody, abychom předešli jeho ucpaní. Je možné kombinovat i oba typy výživy – pacient přijímá stravu ústy v množství, kolik zvládne, a zbytek doplníme do PEG tak, abychom dosáhli potřebné denní dávky živin a energie. Pokud není možná výživa ústy vůbec, je plná dávka podávána pouze do PEGu.

### Nedojde k nechtěnému otevření PEGu a vytečení obsahu žaludku na oblečení?

Uzavření sondy je pojištěno dvěma uzavíracími mechanismy, a pokud je správně uzavřeme oba, tak k nechtěnému otevření nedochází, a to ani při fyzické aktivitě.

### Nebude PEG nápadný pro okolí?

PEG je tenký a nepříliš dlouhý a velmi dobře se schová pod mírně volnější oblečení. Je tak pro okolí zcela nenápadný. Aby volně nevisel, tak ho doporučujeme fixovat ke kůži břicha pruhem náplasti.

### Není aplikace výživy a manipulace s PEGem bolestivá?

Nemusíte mít obavy, jak aplikace výživy, tak běžná péče o PEG jsou zcela nebolestivé a velmi dobře zvládnutelné. Je velmi přínosné, aby byl v péči o PEG zainteresován

a zaučen i další rodinný příslušník, který vám může pomoci v případech, když se nebudete cítit dobře a péče o PEG nebo aplikace výživy a tekutin by pro vás byla obtížná.

### **Jak se sprchovat a koupat se zavedeným PEGem?**

V prvních 72 hodinách po zavedení PEGu není vhodné místo v jeho okolí sprchovat ani jinak namáčet. Následně místo pouze sprchujeme. Vždy ale před sprchováním odstraníme krytí a oťeme případný zaschlý sekret. Po vysprchování okolí místa PEGu pečlivě osušíme, dezinfikujeme a případně obvyklým způsobem překryjeme a uchytíme náplastí.

### **Mohu plavat se zavedeným PEGem?**

Po plném zhojení kanálu v břišní stěně (po cca 6 týdnech) je možné koupání v bazénu, sondu PEG lze při koupání „schovat“ do stomického sáčku. Nevhodné je plavání v přírodních znečištěných koupalištích. Koupání je samozřejmě nevhodné při sekreci kolem PEGu nebo při zánětlivých změnách. Po vykoupání je vhodné oblast břicha osprchovat, následně osušit a ošetřit obvyklým způsobem. Nikdy nenechávejte mokré krytí přes PEG, mohlo by dojít k nežádoucímu podráždění kůže nebo zavlečení infekce.

### **Mohu se věnovat sportu se zavedeným PEGem?**

Sportovní aktivita není vyloučena, nevhodné jsou ale sportovní aktivity, při kterých dochází k výraznému namáhání svalů břišní stěny nebo při kterých by mohlo dojít k poranění v oblasti zavedeného PEGu.

### **Je nějak ovlivněn můj intimní život s PEGem?**

PEG nijak neznemožňuje intimní styk, nicméně někdy se můžeme setkat s jistými obavami ze strany partnera vyplývajícími spíše z neznalosti. Empatický a správně počený partner naopak nevidí v zavedeném PEGu žádný problém.

### **Co když se už můj zdravotní stav zlepšil a PEG k výživě nepoužívám?**

Pokud dojde ke zlepšení vašeho zdravotního stavu a již není plánována další léčba, která by znemožňovala nebo zhoršovala možnost příjmu potravy ústy, je možné PO DOHODĚ S LÉKAŘEM uvažovat o odstranění PEGu. Podmínkou je, aby minimálně 4–6 týdnů před zrušením byl zajištěn **plný** (a energeticky dostatečný) **příjem stravy ústy**. Vyvarujete se tak situace, že je PEG zrušen a vy budete následně strádat podvýživou.

**Odstranění PEGu je prováděno vždy lékařem při gastrokopii.**

### **Co když je můj PEG již zcela nefunkční a já stále umělou výživu potřebuji?**

V tomto případě vám lékař může stávající PEG vyměnit za nový nebo jej odstranit a místo něj již vytvořeným kanálem zavést nový PEG, nebo tzv. výživový knoflík (Feeding Button).

## Klinická výživa do PEGu

Fresubin<sup>®</sup>  
Original



### Fresubin Original

- Izokalorická (1 kcal/1 ml) výživa bez vlákniny
- Standardní výživa při nedostatečném příjmu stravy během onemocnění
- Dostupný ve vaku 500 ml a 1000 ml

Fresubin<sup>®</sup>  
Original  
Fibre



### Fresubin Original Fibre

- Izokalorická (1 kcal/1 ml) dlouhodobá výživa **s vlákninou**
- Podporuje funkci střeva při léčbě antibiotiky
- Dostupný ve vaku 500 ml a 1000 ml

[ 28 ]

Fresubin<sup>®</sup>  
Energy



### Fresubin Energy

- Hyperkalorická (1,5 kcal/1 ml) výživa bez vlákniny
- Vhodná pro pacienty s vysokou potřebou energie a omezenou schopností střeva vstřebat vlákninu
- Dostupný ve vaku 500 ml

Fresubin<sup>®</sup>  
Energy  
Fibre



### Fresubin Energy Fibre

- Hyperkalorická (1,5 kcal/1 ml) výživa **s vlákninou**
- Dlouhodobá výživa pro pacienty s vysokou potřebou energie
- Dostupný ve vaku 500 ml a 1000 ml

[ 29 ]





## Fresubin HP Energy

- Hyperkalorická (1,5 kcal/1 ml) výživa bez vlákniny s vysokým obsahem bílkovin
- Vhodná při vysoké potřebě energie a bílkovin a současně omezeném příjmu tekutin
- Dostupný ve vaku 500 ml a 1000 ml



## Diben

- Izokalorická (1 kcal/1 ml) výživa **s vlákninou**
- Dlouhodobá výživa pro pacienty s poruchami glukóзовé tolerance a s diabetem
- Dostupný ve vaku 500 ml

## Slovníček pojmů

Pojem	Vysvětlení
Akutní peritonitida	Zánět pobřišnice. Jde o akutní závažný stav, spojený s ohrožením života.
Antibiotická profylaxe	Podání antibiotik během výkonu zavedení PEGu jako preventivní opatření proti vzniku infekce
Aspirace	Vdechnutí
BOLUS (bolusové podávání)	Podávání výživy v jednotlivých dávkách, pomocí Janette stříkačky o objemu 200–300 ml
Elasticita	Pružnost, ohebnost (např. hadičky PEGu)
Endoskop	Optický přístroj k vyšetřování tělních dutin, který se zavádí nosem/ústy
Fundoplikace žaludku	Chirurgický zákrok, který se provádí u rozměrné brániční kýly. Provádí se u pacientů s komplikací REFLUXU, tj. návratu žaludeční kyseliny do jícnu.
Gastroskop	Přístroj k vyšetření žaludku
Gastrostomie	Zevní vyústění žaludku sondou

Pojem	Vysvětlení
Granulace	Nově se tvořící vazivová tkáň
Chirurgická gastrostomie	Operativní chirurgické zavedení sondy do žaludku přes břišní stěnu
Intolerance	Nesnášenlivost
JANETTOVA stříkačka	Výplachová injekční stříkačka, která se používá k odsávání tekutin nebo podávání klinické výživy v režimu BOLUS
Katetr	Cévka, hadička, tenká trubička zavedená do dutého orgánu
Kontinuální	Nepřetržitě podávání bez přestávky, nebo s přestávkou velmi krátkou
Konzistence	Skupenství, soudržnost, pevnost, hutnost
Lokální anestezie	Místní znecitlivění (konkrétního místa)
Minimálně invazivní zákrok	Zákrok, který nevyžaduje výrazné ohrožení, např. výrazný řez do tkáně, operace atd.
Mixovaná strava	Běžná kuchyňská strava rozmixovaná v mixéru do tekuté formy. Pro podávání do PEG/PEJ nevhodná
Narkóza (celková anestezie)	Celkové znecitlivění organismu, užívané např. při operacích
Sekrece	Vylučování, vyměšování

## Závěr

Milí pacienti, milá pečující rodino,

v závěru naší praktické příručky „Můj život s PEGem“ vám přinášíme doporučení, která je vhodné sledovat při vašich kontrolách u ošetřujícího lékaře. Jednotlivé stránky si, prosím, vždy vezměte s sebou na každou kontrolu a důležité údaje si evidujte a uchovávejte.

Průběžné sledování zabrání nežádoucím stavům a komplikacím.

Přejeme vám brzké uzdravení!

Tým Fresenius Kabi

**Originál** (odtrhněte a odevzdejte lékaři do lékařské dokumentace)

Níže označte potíže, které jste měl/a v souvislosti s PEGem od vaší poslední kontroly u lékaře:

- |   |              |               |
|---|--------------|---------------|
| <input type="checkbox"/> <b>Krvácení</b>              | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Zarudnutí</b>             | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Granulace</b>             | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Obtékání výživy</b>       | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Bolesti břicha/bolest</b> | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Průjem</b>                | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Zvracení</b>              | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Aspirace/vdechnutí</b>    | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Nadýmání</b>              | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Zácpa</b>                 | Datum: ..... | Řešení: ..... |

## Ucpávání PEGu

Datum: .....

Řešení: .....

.....

Datum: .....

Řešení: .....

.....

Jiné: .....

.....

**Kopie** (pro potřebu pacienta, nevytrhávat)

Níže označte potíže, které jste měl/a v souvislosti s PEGem od vaší poslední kontroly u lékaře:

- |   |              |               |
|---|--------------|---------------|
| <input type="checkbox"/> <b>Krvácení</b>              | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Zarudnutí</b>             | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Granulace</b>             | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Obtékání výživy</b>       | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Bolesti břicha/bolest</b> | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Průjem</b>                | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Zvracení</b>              | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Aspirace/vdechnutí</b>    | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Nadýmání</b>              | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Zácpa</b>                 | Datum: ..... | Řešení: ..... |

## Ucpávání PEGu

Datum: .....

Řešení: .....

.....

Datum: .....

Řešení: .....

.....

Jiné: .....

.....

**Originál** (odtrhněte a odevzdejte lékaři do lékařské dokumentace)

Níže označte potíže, které jste měl/a v souvislosti s PEGem od vaší poslední kontroly u lékaře:

- |   |              |               |
|---|--------------|---------------|
| <input type="checkbox"/> <b>Krvácení</b>              | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Zarudnutí</b>             | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Granulace</b>             | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Obtékání výživy</b>       | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Bolesti břicha/bolest</b> | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Průjem</b>                | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Zvracení</b>              | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Aspirace/vdechnutí</b>    | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Nadýmání</b>              | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Zácpa</b>                 | Datum: ..... | Řešení: ..... |

## Ucpávání PEGu

Datum: .....

Řešení: .....

.....

Datum: .....

Řešení: .....

.....

Jiné: .....

.....

**Kopie** (pro potřebu pacienta, nevytrhávat)

Níže označte potíže, které jste měl/a v souvislosti s PEGem od vaší poslední kontroly u lékaře:

- |   |              |               |
|---|--------------|---------------|
| <input type="checkbox"/> <b>Krvácení</b>              | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Zarudnutí</b>             | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Granulace</b>             | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Obtékání výživy</b>       | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Bolesti břicha/bolest</b> | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Průjem</b>                | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Zvracení</b>              | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Aspirace/vdechnutí</b>    | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Nadýmání</b>              | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Zácpa</b>                 | Datum: ..... | Řešení: ..... |

## Ucpávání PEGu

Datum: .....

Řešení: .....

.....

Datum: .....

Řešení: .....

.....

Jiné: .....

.....

**Originál** (odtrhněte a odevzdejte lékaři do lékařské dokumentace)

Níže označte potíže, které jste měl/a v souvislosti s PEGem od vaší poslední kontroly u lékaře:

- |   |              |               |
|---|--------------|---------------|
| <input type="checkbox"/> <b>Krvácení</b>              | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Zarudnutí</b>             | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Granulace</b>             | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Obtékání výživy</b>       | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Bolesti břicha/bolest</b> | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Průjem</b>                | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Zvracení</b>              | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Aspirace/vdechnutí</b>    | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Nadýmání</b>              | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Zácpa</b>                 | Datum: ..... | Řešení: ..... |

## Ucpávání PEGu

Datum: .....

Řešení: .....

.....

Datum: .....

Řešení: .....

.....

Jiné: .....

.....

**Kopie** (pro potřebu pacienta, nevytrhávat)

Níže označte potíže, které jste měl/a v souvislosti s PEGem od vaší poslední kontroly u lékaře:

- |   |              |               |
|---|--------------|---------------|
| <input type="checkbox"/> <b>Krvácení</b>              | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Zarudnutí</b>             | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Granulace</b>             | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Obtékání výživy</b>       | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Bolesti břicha/bolest</b> | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Průjem</b>                | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Zvracení</b>              | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Aspirace/vdechnutí</b>    | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Nadýmání</b>              | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Zácpa</b>                 | Datum: ..... | Řešení: ..... |

## Ucpávání PEGu

Datum: .....

Řešení: .....

.....

Datum: .....

Řešení: .....

.....

Jiné: .....

.....



**Originál** (odtrhněte a odevzdejte lékaři do lékařské dokumentace)

Níže označte potíže, které jste měl/a v souvislosti s PEGem od vaší poslední kontroly u lékaře:

- |   |              |               |
|---|--------------|---------------|
| <input type="checkbox"/> <b>Krvácení</b>              | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Zarudnutí</b>             | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Granulace</b>             | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Obtékání výživy</b>       | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Bolesti břicha/bolest</b> | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Průjem</b>                | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Zvracení</b>              | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Aspirace/vdechnutí</b>    | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Nadýmání</b>              | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Zácpa</b>                 | Datum: ..... | Řešení: ..... |

## Ucpávání PEGu

Datum: .....

Řešení: .....

.....

Datum: .....

Řešení: .....

.....

Jiné: .....

.....

**Kopie** (pro potřebu pacienta, nevytrhávat)

Níže označte potíže, které jste měl/a v souvislosti s PEGem od vaší poslední kontroly u lékaře:

- |   |              |               |
|---|--------------|---------------|
| <input type="checkbox"/> <b>Krvácení</b>              | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Zarudnutí</b>             | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Granulace</b>             | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Obtékání výživy</b>       | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Bolesti břicha/bolest</b> | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Průjem</b>                | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Zvracení</b>              | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Aspirace/vdechnutí</b>    | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Nadýmání</b>              | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Zácpa</b>                 | Datum: ..... | Řešení: ..... |

## Ucpávání PEGu

Datum: .....

Řešení: .....

.....

Datum: .....

Řešení: .....

.....

Jiné: .....

.....

**Originál** (odtrhněte a odevzdejte lékaři do lékařské dokumentace)

Níže označte potíže, které jste měl/a v souvislosti s PEGem od vaší poslední kontroly u lékaře:

- |   |              |               |
|---|--------------|---------------|
| <input type="checkbox"/> <b>Krvácení</b>              | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Zarudnutí</b>             | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Granulace</b>             | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Obtékání výživy</b>       | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Bolesti břicha/bolest</b> | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Průjem</b>                | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Zvracení</b>              | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Aspirace/vdechnutí</b>    | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Nadýmání</b>              | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Zácpa</b>                 | Datum: ..... | Řešení: ..... |

## Ucpávání PEGu

Datum: .....

Řešení: .....

.....

Datum: .....

Řešení: .....

.....

Jiné: .....

.....

**Kopie** (pro potřebu pacienta, nevytrhávat)

Níže označte potíže, které jste měl/a v souvislosti s PEGem od vaší poslední kontroly u lékaře:

- |   |              |               |
|---|--------------|---------------|
| <input type="checkbox"/> <b>Krvácení</b>              | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Zarudnutí</b>             | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Granulace</b>             | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Obtékání výživy</b>       | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Bolesti břicha/bolest</b> | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Průjem</b>                | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Zvracení</b>              | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Aspirace/vdechnutí</b>    | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Nadýmání</b>              | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Zácpa</b>                 | Datum: ..... | Řešení: ..... |

## Ucpávání PEGu

Datum: .....

Řešení: .....

.....

Datum: .....

Řešení: .....

.....

Jiné: .....

.....

**Originál** (odtrhněte a odevzdejte lékaři do lékařské dokumentace)

Níže označte potíže, které jste měl/a v souvislosti s PEGem od vaší poslední kontroly u lékaře:

- |   |              |               |
|---|--------------|---------------|
| <input type="checkbox"/> <b>Krvácení</b>              | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Zarudnutí</b>             | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Granulace</b>             | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Obtékání výživy</b>       | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Bolesti břicha/bolest</b> | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Průjem</b>                | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Zvracení</b>              | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Aspirace/vdechnutí</b>    | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Nadýmání</b>              | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Zácpa</b>                 | Datum: ..... | Řešení: ..... |

## Ucpávání PEGu

Datum: .....

Řešení: .....

.....

Datum: .....

Řešení: .....

.....

Jiné: .....

.....

**Kopie** (pro potřebu pacienta, nevytrhávat)

Níže označte potíže, které jste měl/a v souvislosti s PEGem od vaší poslední kontroly u lékaře:

- |   |              |               |
|---|--------------|---------------|
| <input type="checkbox"/> <b>Krvácení</b>              | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Zarudnutí</b>             | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Granulace</b>             | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Obtékání výživy</b>       | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Bolesti břicha/bolest</b> | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Průjem</b>                | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Zvracení</b>              | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Aspirace/vdechnutí</b>    | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Nadýmání</b>              | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Zácpa</b>                 | Datum: ..... | Řešení: ..... |

## Ucpávání PEGu

Datum: .....

Řešení: .....

.....

Datum: .....

Řešení: .....

.....

Jiné: .....

.....

**Originál** (odtrhněte a odevzdejte lékaři do lékařské dokumentace)

Níže označte potíže, které jste měl/a v souvislosti s PEGem od vaší poslední kontroly u lékaře:

- |   |              |               |
|---|--------------|---------------|
| <input type="checkbox"/> <b>Krvácení</b>              | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Zarudnutí</b>             | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Granulace</b>             | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Obtékání výživy</b>       | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Bolesti břicha/bolest</b> | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Průjem</b>                | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Zvracení</b>              | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Aspirace/vdechnutí</b>    | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Nadýmání</b>              | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Zácpa</b>                 | Datum: ..... | Řešení: ..... |

## Ucpávání PEGu

Datum: .....

Řešení: .....

.....

Datum: .....

Řešení: .....

.....

Jiné: .....

.....

**Kopie** (pro potřebu pacienta, nevytrhávat)

Níže označte potíže, které jste měl/a v souvislosti s PEGem od vaší poslední kontroly u lékaře:

- |   |              |               |
|---|--------------|---------------|
| <input type="checkbox"/> <b>Krvácení</b>              | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Zarudnutí</b>             | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Granulace</b>             | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Obtékání výživy</b>       | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Bolesti břicha/bolest</b> | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Průjem</b>                | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Zvracení</b>              | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Aspirace/vdechnutí</b>    | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Nadýmání</b>              | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Zácpa</b>                 | Datum: ..... | Řešení: ..... |

## Ucpávání PEGu

Datum: .....

Řešení: .....

.....

Datum: .....

Řešení: .....

.....

Jiné: .....

.....



**Originál** (odtrhněte a odevzdejte lékaři do lékařské dokumentace)

Níže označte potíže, které jste měl/a v souvislosti s PEGem od vaší poslední kontroly u lékaře:

- |   |              |               |
|---|--------------|---------------|
| <input type="checkbox"/> <b>Krvácení</b>              | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Zarudnutí</b>             | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Granulace</b>             | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Obtékání výživy</b>       | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Bolesti břicha/bolest</b> | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Průjem</b>                | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Zvracení</b>              | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Aspirace/vdechnutí</b>    | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Nadýmání</b>              | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Zácpa</b>                 | Datum: ..... | Řešení: ..... |

## Ucpávání PEGu

Datum: .....

Řešení: .....

.....

Datum: .....

Řešení: .....

.....

Jiné: .....

.....

**Kopie** (pro potřebu pacienta, nevytrhávat)

Níže označte potíže, které jste měl/a v souvislosti s PEGem od vaší poslední kontroly u lékaře:

- |   |              |               |
|---|--------------|---------------|
| <input type="checkbox"/> <b>Krvácení</b>              | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Zarudnutí</b>             | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Granulace</b>             | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Obtékání výživy</b>       | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Bolesti břicha/bolest</b> | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Průjem</b>                | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Zvracení</b>              | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Aspirace/vdechnutí</b>    | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Nadýmání</b>              | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Zácpa</b>                 | Datum: ..... | Řešení: ..... |

## Ucpávání PEGu

Datum: .....

Řešení: .....

.....

Datum: .....

Řešení: .....

.....

Jiné: .....

.....

**Originál** (odtrhněte a odevzdejte lékaři do lékařské dokumentace)

Níže označte potíže, které jste měl/a v souvislosti s PEGem od vaší poslední kontroly u lékaře:

- |   |              |               |
|---|--------------|---------------|
| <input type="checkbox"/> <b>Krvácení</b>              | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Zarudnutí</b>             | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Granulace</b>             | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Obtékání výživy</b>       | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Bolesti břicha/bolest</b> | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Průjem</b>                | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Zvracení</b>              | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Aspirace/vdechnutí</b>    | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Nadýmání</b>              | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Zácpa</b>                 | Datum: ..... | Řešení: ..... |

## Ucpávání PEGu

Datum: .....

Řešení: .....

.....

Datum: .....

Řešení: .....

.....

Jiné: .....

.....

**Kopie** (pro potřebu pacienta, nevytrhávat)

Níže označte potíže, které jste měl/a v souvislosti s PEGem od vaší poslední kontroly u lékaře:

- |   |              |               |
|---|--------------|---------------|
| <input type="checkbox"/> <b>Krvácení</b>              | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Zarudnutí</b>             | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Granulace</b>             | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Obtékání výživy</b>       | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Bolesti břicha/bolest</b> | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Průjem</b>                | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Zvracení</b>              | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Aspirace/vdechnutí</b>    | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Nadýmání</b>              | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Zácpa</b>                 | Datum: ..... | Řešení: ..... |

## Ucpávání PEGu

Datum: .....

Řešení: .....

.....

Datum: .....

Řešení: .....

.....

Jiné: .....

.....

**Originál** (odtrhněte a odevzdejte lékaři do lékařské dokumentace)

Níže označte potíže, které jste měl/a v souvislosti s PEGem od vaší poslední kontroly u lékaře:

- |   |              |               |
|---|--------------|---------------|
| <input type="checkbox"/> <b>Krvácení</b>              | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Zarudnutí</b>             | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Granulace</b>             | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Obtékání výživy</b>       | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Bolesti břicha/bolest</b> | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Průjem</b>                | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Zvracení</b>              | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Aspirace/vdechnutí</b>    | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Nadýmání</b>              | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Zácpa</b>                 | Datum: ..... | Řešení: ..... |

## Ucpávání PEGu

Datum: .....

Řešení: .....

.....

Datum: .....

Řešení: .....

.....

Jiné: .....

.....

**Kopie** (pro potřebu pacienta, nevytrhávat)

Níže označte potíže, které jste měl/a v souvislosti s PEGem od vaší poslední kontroly u lékaře:

- |   |              |               |
|---|--------------|---------------|
| <input type="checkbox"/> <b>Krvácení</b>              | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Zarudnutí</b>             | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Granulace</b>             | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Obtékání výživy</b>       | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Bolesti břicha/bolest</b> | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Průjem</b>                | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Zvracení</b>              | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Aspirace/vdechnutí</b>    | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Nadýmání</b>              | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Zácpa</b>                 | Datum: ..... | Řešení: ..... |

## Ucpávání PEGu

Datum: .....

Řešení: .....

.....

Datum: .....

Řešení: .....

.....

Jiné: .....

.....

**Originál** (odtrhněte a odevzdejte lékaři do lékařské dokumentace)

Níže označte potíže, které jste měl/a v souvislosti s PEGem od vaší poslední kontroly u lékaře:

- |   |              |               |
|---|--------------|---------------|
| <input type="checkbox"/> <b>Krvácení</b>              | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Zarudnutí</b>             | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Granulace</b>             | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Obtékání výživy</b>       | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Bolesti břicha/bolest</b> | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Průjem</b>                | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Zvracení</b>              | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Aspirace/vdechnutí</b>    | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Nadýmání</b>              | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Zácpa</b>                 | Datum: ..... | Řešení: ..... |

## Ucpávání PEGu

Datum: .....

Řešení: .....

.....

Datum: .....

Řešení: .....

.....

Jiné: .....

.....

**Kopie** (pro potřebu pacienta, nevytrhávat)

Níže označte potíže, které jste měl/a v souvislosti s PEGem od vaší poslední kontroly u lékaře:

- |   |              |               |
|---|--------------|---------------|
| <input type="checkbox"/> <b>Krvácení</b>              | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Zarudnutí</b>             | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Granulace</b>             | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Obtékání výživy</b>       | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Bolesti břicha/bolest</b> | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Průjem</b>                | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Zvracení</b>              | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Aspirace/vdechnutí</b>    | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Nadýmání</b>              | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Zácpa</b>                 | Datum: ..... | Řešení: ..... |

## Ucpávání PEGu

Datum: .....

Řešení: .....

.....

Datum: .....

Řešení: .....

.....

Jiné: .....

.....



**Originál** (odtrhněte a odevzdejte lékaři do lékařské dokumentace)

Níže označte potíže, které jste měl/a v souvislosti s PEGem od vaší poslední kontroly u lékaře:

- |   |              |               |
|---|--------------|---------------|
| <input type="checkbox"/> <b>Krvácení</b>              | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Zarudnutí</b>             | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Granulace</b>             | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Obtékání výživy</b>       | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Bolesti břicha/bolest</b> | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Průjem</b>                | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Zvracení</b>              | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Aspirace/vdechnutí</b>    | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Nadýmání</b>              | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Zácpa</b>                 | Datum: ..... | Řešení: ..... |

## Ucpávání PEGu

Datum: .....

Řešení: .....

.....

Datum: .....

Řešení: .....

.....

Jiné: .....

.....

**Kopie** (pro potřebu pacienta, nevytrhávat)

Níže označte potíže, které jste měl/a v souvislosti s PEGem od vaší poslední kontroly u lékaře:

- |   |              |               |
|---|--------------|---------------|
| <input type="checkbox"/> <b>Krvácení</b>              | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Zarudnutí</b>             | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Granulace</b>             | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Obtékání výživy</b>       | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Bolesti břicha/bolest</b> | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Průjem</b>                | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Zvracení</b>              | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Aspirace/vdechnutí</b>    | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Nadýmání</b>              | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Zácpa</b>                 | Datum: ..... | Řešení: ..... |

## Ucpávání PEGu

Datum: .....

Řešení: .....

.....

Datum: .....

Řešení: .....

.....

Jiné: .....

.....

**Originál** (odtrhněte a odevzdejte lékaři do lékařské dokumentace)

Níže označte potíže, které jste měl/a v souvislosti s PEGem od vaší poslední kontroly u lékaře:

- |   |              |               |
|---|--------------|---------------|
| <input type="checkbox"/> <b>Krvácení</b>              | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Zarudnutí</b>             | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Granulace</b>             | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Obtékání výživy</b>       | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Bolesti břicha/bolest</b> | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Průjem</b>                | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Zvracení</b>              | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Aspirace/vdechnutí</b>    | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Nadýmání</b>              | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Zácpa</b>                 | Datum: ..... | Řešení: ..... |

## Ucpávání PEGu

Datum: .....

Řešení: .....

.....

Datum: .....

Řešení: .....

.....

Jiné: .....

.....

**Kopie** (pro potřebu pacienta, nevytrhávat)

Níže označte potíže, které jste měl/a v souvislosti s PEGem od vaší poslední kontroly u lékaře:

- |   |              |               |
|---|--------------|---------------|
| <input type="checkbox"/> <b>Krvácení</b>              | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Zarudnutí</b>             | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Granulace</b>             | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Obtékání výživy</b>       | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Bolesti břicha/bolest</b> | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Průjem</b>                | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Zvracení</b>              | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Aspirace/vdechnutí</b>    | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Nadýmání</b>              | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Zácpa</b>                 | Datum: ..... | Řešení: ..... |

## Ucpávání PEGu

Datum: .....

Řešení: .....

.....

Datum: .....

Řešení: .....

.....

Jiné: .....

.....

**Originál** (odtrhněte a odevzdejte lékaři do lékařské dokumentace)

Níže označte potíže, které jste měl/a v souvislosti s PEGem od vaší poslední kontroly u lékaře:

- |   |              |               |
|---|--------------|---------------|
| <input type="checkbox"/> <b>Krvácení</b>              | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Zarudnutí</b>             | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Granulace</b>             | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Obtékání výživy</b>       | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Bolesti břicha/bolest</b> | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Průjem</b>                | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Zvracení</b>              | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Aspirace/vdechnutí</b>    | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Nadýmání</b>              | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Zácpa</b>                 | Datum: ..... | Řešení: ..... |

## Ucpávání PEGu

Datum: .....

Řešení: .....

.....

Datum: .....

Řešení: .....

.....

Jiné: .....

.....

**Kopie** (pro potřebu pacienta, nevytrhávat)

Níže označte potíže, které jste měl/a v souvislosti s PEGem od vaší poslední kontroly u lékaře:

- |   |              |               |
|---|--------------|---------------|
| <input type="checkbox"/> <b>Krvácení</b>              | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Zarudnutí</b>             | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Granulace</b>             | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Obtékání výživy</b>       | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Bolesti břicha/bolest</b> | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Průjem</b>                | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Zvracení</b>              | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Aspirace/vdechnutí</b>    | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Nadýmání</b>              | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Zácpa</b>                 | Datum: ..... | Řešení: ..... |

## Ucpávání PEGu

Datum: .....

Řešení: .....

.....

Datum: .....

Řešení: .....

.....

Jiné: .....

.....

**Originál** (odtrhněte a odevzdejte lékaři do lékařské dokumentace)

Níže označte potíže, které jste měl/a v souvislosti s PEGem od vaší poslední kontroly u lékaře:

- |   |              |               |
|---|--------------|---------------|
| <input type="checkbox"/> <b>Krvácení</b>              | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Zarudnutí</b>             | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Granulace</b>             | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Obtékání výživy</b>       | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Bolesti břicha/bolest</b> | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Průjem</b>                | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Zvracení</b>              | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Aspirace/vdechnutí</b>    | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Nadýmání</b>              | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Zácpa</b>                 | Datum: ..... | Řešení: ..... |

## Ucpávání PEGu

Datum: .....

Řešení: .....

.....

Datum: .....

Řešení: .....

.....

Jiné: .....

.....

**Kopie** (pro potřebu pacienta, nevytrhávat)

Níže označte potíže, které jste měl/a v souvislosti s PEGem od vaší poslední kontroly u lékaře:

- |   |              |               |
|---|--------------|---------------|
| <input type="checkbox"/> <b>Krvácení</b>              | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Zarudnutí</b>             | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Granulace</b>             | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Obtékání výživy</b>       | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Bolesti břicha/bolest</b> | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Průjem</b>                | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Zvracení</b>              | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Aspirace/vdechnutí</b>    | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Nadýmání</b>              | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Zácpa</b>                 | Datum: ..... | Řešení: ..... |

## Ucpávání PEGu

Datum: .....

Řešení: .....

.....

Datum: .....

Řešení: .....

.....

Jiné: .....

.....



**Originál** (odtrhněte a odevzdejte lékaři do lékařské dokumentace)

Níže označte potíže, které jste měl/a v souvislosti s PEGem od vaší poslední kontroly u lékaře:

- |   |              |               |
|---|--------------|---------------|
| <input type="checkbox"/> <b>Krvácení</b>              | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Zarudnutí</b>             | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Granulace</b>             | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Obtékání výživy</b>       | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Bolesti břicha/bolest</b> | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Průjem</b>                | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Zvracení</b>              | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Aspirace/vdechnutí</b>    | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Nadýmání</b>              | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Zácpa</b>                 | Datum: ..... | Řešení: ..... |

## Ucpávání PEGu

Datum: .....

Řešení: .....

.....

Datum: .....

Řešení: .....

.....

Jiné: .....

.....

**Kopie** (pro potřebu pacienta, nevytrhávat)

Níže označte potíže, které jste měl/a v souvislosti s PEGem od vaší poslední kontroly u lékaře:

- |   |              |               |
|---|--------------|---------------|
| <input type="checkbox"/> <b>Krvácení</b>              | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Zarudnutí</b>             | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Granulace</b>             | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Obtékání výživy</b>       | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Bolesti břicha/bolest</b> | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Průjem</b>                | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Zvracení</b>              | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Aspirace/vdechnutí</b>    | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Nadýmání</b>              | Datum: ..... | Řešení: ..... |
| <input type="checkbox"/> <b>Zácpa</b>                 | Datum: ..... | Řešení: ..... |

## Ucpávání PEGu

Datum: .....

Řešení: .....

.....

Datum: .....

Řešení: .....

.....

Jiné: .....

.....

Potraviny pro zvláštní výživu - potraviny pro zvláštní lékařské účely. Přípravky klinické výživy by měly být podávány na základě doporučení lékaře nebo osoby kvalifikované v oblasti výživy lidí, farmacie nebo péče o matku a dítě. Více informací na etiketách přípravků.

Fresenius Kabi s.r.o.  
Budova Filadelfie  
Želetavská 1525/1  
140 00 Praha 4 - Michle  
Czech Republic  
Tel.: +420-225-270-111  
Fax.: +420-225-270-562  
E-mail: [czech-info@fresenius-kabi.com](mailto:czech-info@fresenius-kabi.com)



**FRESENIUS  
KABI**  
caring for life