

Informovaný souhlas pacienta s výkonem

Pleurální punkce

Identifikační štítek
pacienta

Vážený pane, vážená paní

k zákroku, který Vám doporučujeme, je třeba Vašeho souhlasu. Pro usnadnění Vašeho rozhodnutí Vás v tomto záznamu informujeme o přípravě, způsobu provedení, významu a možných komplikacích plánovaného zákroku.

Důvod zákroku

Důvodem punkce pohrudničního výpotku je podezření na závažné onemocnění pohrudnice nebo jiného orgánu, které se na pohrudnici šíří nebo jako úlevová punkce. Smyslem zákroku je odstranit vzniklou tekutinu v pohrudniční dutině a ulevit Vašemu dýchání. Odebraná tekutina se odesílá do laboratoře k vyšetření.

Příprava k zákroku

Před výkonem je třeba informovat lékaře, zda netrpíte zvýšenou krvácivostí, alergií na dezinfekční, znečistlivující přípravky nebo na léky.

Před zákrokem se můžete lehce najíst, ranní léky můžete zapít vodou, pokud Vás lékař neurčí jinak. K zákroku se dostavte bez přívěšků a náhrdelníků.

Vlastní postup při zákroku

Zárok se provádí většinou vsedě. Tenká jehla proniká kůží mezi žebry do místa, kde je nahromaděna tekutina. Místo vpichu jehly je možno znečistlivět injekcí. Odebíraná tekutina se nasává přes jehlu hadičkou do sběrné nádoby. Po tu dobu udržujte doporučenou polohu a dýchejte dle pokynů lékaře.

Možné komplikace

Již při zákroku můžete pozorovat zlepšení dechu. Výjimečné se může objevit bolest nebo drobné krvácení v místě vpichu. Po výkonu může zcela výjimečně dojít ke kolapsu plíce. Pak je třeba jehlou odsát vzduch z pohrudniční dutiny nebo na velmi krátkou dobu zavést drén do pohrudniční dutiny, aby se plíce mohla zase roztáhnout.

Po výkonu

Po výkonu udržujte aspoň 12 hodin klidový režim na lůžku, pokud lékař neurčí jinak. Všechny jiné komplikace hlaseť svému lékaři.

Alternativa výkonu neexistuje.

Pacient (jméno, příjmení, rodné číslo): _____

Já, níže podepsaný, tímto prohlašuji, že jsem byl poučen o výkonu: **Pleurální punkce.**

Prohlašuji, že mi bylo sděleno a vysvětleno:

- Účel, povaha a předpokládaný přínos výkonu nebo služby.
- Předpokládané důsledky, následky a možná rizika zdravotního výkonu.
- Zda existuje jiná alternativa kromě navržené zdravotní služby či výkonu, jaký je její možný přínos, důsledky a rizika a byl jsem poučen o možnosti volby.
- Možné omezení v obvyklém způsobu života, v pracovní schopnosti, zdravotní způsobilosti po poskytnutí zdravotní služby či výkonu.

Prohlašuji, že mi bylo umožněno, abych indikujícímu lékaři i lékaři specialistovi **kladl doplňující otázky**, které mi řádně zodpověděl.

Prohlašuji, že jsem podaným informacím a vysvětlením plně porozuměl, poučení považuji za **dostatečné a nemám žádných dalších otázek.**

Na základě své svobodné vůle a na základě poskytnutých informací vyslovuji tedy svůj **svobodný, informovaný souhlas s vyšetřením.**

Rovněž souhlasím, aby v případě výskytu neočekávaných komplikací, vyžadujících neodkladné provedení dalších výkonů, nutných k záchraně mého života či zdraví, byly tyto provedeny.

V Kroměříži dne _____ hod _____

Podpis pacienta _____
či zákonného zástupce

Podpis lékaře, jmenovka _____

Podpis svědka¹ _____

¹ jméno a podpis svědků poučení souhlasu pacienta, pokud pacient není schopen se vlastnoručně podepsat.