

## Poučení a informovaný souhlas pacienta (zákonného zástupce pacienta) se zavedením drénu (hadičky) do dutiny pohrudniční

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

**Zavedení drénu (hadičky) do dutiny pohrudniční**

### Účel výkonu

Důvodem zavedení drénu do dutiny pohrudniční je kolabovaná plíce (pneumotorax) nebo doplňující se pohrudniční výpotek.

#### Proč doporučujeme tento výkon?

Výkon umožňuje aktivní léčbu zánětu pohrudnice nebo kolabované plíce (pneumotoraxu).

### Povaha výkonu

#### Vlastní výkon:

Zavedení drénu je výkon, který umožňuje odsát tekutinu nebo vzduch z pohrudniční dutiny. Před drenáží je místo vpichu znecitlivěno injekcí. Drenáž se provádí většinou vleže katetrem, který proniká přes kůži mezi žebry do pohrudniční dutiny. Správné uložení drénu je kontrolováno před a po zavedení pomocí rentgenového vyšetření. Při výkonu zaujměte doporučenou polohu, nehybejte se a dýchejte dle pokynů lékaře.

#### Před výkonem je nezbytné!

- před výkonem se lehce najíst
- ranní léky zapít vodou, pokud lékař neurčí jinak
- k výkonu se dostavit bez přívěšků, náušnic a náhrdelníků

#### Po výkonu je nezbytné!

- po výkonu Vám bude ponechán drén po nezbytně nutnou dobu k vyléčení a budete napojeni na přístroj s trvalým odsáváním (dbát na to, aby nedošlo k uvolnění drénu)
- po výkonu dodržovat klidový režim na nemocničním lůžku dle pokynů lékaře

**V případě jakýchkoliv potíží okamžitě upozornit ošetřujícího lékaře !!!**

### Předpokládaný prospěch výkonu

- zlepšení dechu po odsátí výpotku
- usnadnění a urychlení hojení po odsátí výpotku u některých nemocí
- možnost podání léků drénem přímo do pohrudniční dutiny u některých nemocí

### Alternativa výkonu

Odsátí výpotku nebo vzduchu jednorázovou či opakovanou punkcí - v některých případech.  
Chirurgické ošetření postižené strany hrudníku operačním zákrokem - v některých případech.

## **Možná rizika zvoleného výkonu**

### **Možné komplikace:**

Úspěch lékařských výkonů a jejich absolutní nerizikovitost nelze nikdy zcela zajistit.

Nejčastější možné komplikace jsou:

- zhoršení dechu nebo drobné krvácení z místa vpichu
- i přes znecitlivění se může při zavádění drénu objevit mírná bolest při abnormálním průběhu mezižeberního nervu, bolest se může objevit i při napojení na odsávací zařízení
- vykašlávání malého množství krve
- výjimečně nemůže ani drén vyřešit problém kolapsu plíce nebo tvorby výpotku, pak je nutno provést chirurgický zákrok

## **Následky výkonu**

Drobná jizva v místě po drénu.

Abychom snížili riziko komplikací, a především alergické reakce na minimum, zodpovězte nám prosím, následující otázky:

**Vzor vyplnění (zatržení):**      **Zakroužkujte správnou odpověď**       ANO     NE

1. Máte zvýšený sklon ke krvácení již při malých poraněních nebo po vytržení zubu?	ANO	NE
2. Vznikají Vám snadno na kůži krevní podlitiny nebo se k tomu vyskytuje náchylnost ve Vašem příbuzenstvu (pouze pokrevní příbuzní)?	ANO	NE
3. Trpíte sennou rýmou, průduškovým astmatem, přecitlivělostí vůči potravinám, lékům, náplastem, lékům na místní znecitlivění?	ANO	NE
4. Trpíte chronickým onemocněním (např. zelený zákal, epilepsie, astma, cukrovka, srdeční slabost)? Jestliže ano, kterým?	ANO	NE
5. Jste těhotná?	ANO	NE

**V případě jakýchkoliv nejasností Vám rádi zodpovíme na Vaše dotazy.**

## **Souhlas:**

**pozn. Vaši odpověď zakroužkujte:**

Byl(a) jsem srozumitelně informován(a) o alternativách výkonu prováděných ve FN Olomouc, ze kterých mám možnost volit.	ANO	NE
Byl(a) jsem informován(a) o možném omezení v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti po provedení příslušného zdravotního výkonu, v případě možné nebo očekávané změny zdravotního stavu též o změnách zdravotní způsobilosti.	ANO	NE
Byl(a) jsem informován(a) o léčebném režimu a preventivních opatřeních, která jsou vhodná, o provedení kontrolních zdravotních výkonů.	ANO	NE
Všem těmto vysvětlením a poučením, které mi byly zdravotnickým pracovníkem sděleny a vysvětleny, jsem porozuměl(a), měl(a) jsem možnost klást doplňující otázky, které mi byly zdravotnickým pracovníkem zodpovězeny.	ANO	NE

### **Po výše uvedeném seznámení prohlašuji:**

- že souhlasím s navrhovanou péčí a 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 nezamířel(a) žádné mně známé údaje o mém zdravotním stavu, jež by mohly nepříznivě ovlivnit moji léčbu 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)

<b>Jméno a příjmení lékaře, který podal informaci</b>	<b>Podpis lékaře, který podal informaci</b>

<b>Pokud se pacient nemůže podepsat, uveďte důvody, pro které se pacient nemohl podepsat:</b>			
<b>Jak pacient projevil svou vůli:</b>			
<b>Jméno a příjmení zdravotnického pracovníka/svědka</b>	<b>Podpis zdravotnického pracovníka/svědka</b>	<b>Datum:</b>	<b>Hodina</b>

**V případě, že je nutné výkon provést opakovaně, potvrdí pacient souhlas svým podpisem:**

Datum	Podpis pacienta

Datum	Podpis pacienta