

**Informovaný souhlas pacienta (zákonného zástupce pacienta)
s punkcí paranasálních dutin**

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

Punkce paranasálních dutin

je výkon prováděný ambulantně v lokálním znecitlivění (anestézii) při zánětu nosu a vedlejších dutin nosních. Zánět nosu a vedlejších dutin nosních je akutní nebo chronický. Jako zánět vedlejších dutin nosních (sinusitidy) se označuje zanícení sliznice výběžků z dutiny nosní – vedlejších dutin nosních. Většinou nemoc postihuje více vedlejších dutin nosních (dutiny čelistní, čichové, čelní, klínová). Může se projevit jako zánět jednostranný i oboustranný. Ve většině případů je průběh onemocnění nekomplikovaný. Jestliže se však vyskytnou komplikace, dochází k poškození okolních orgánů – očníce, nitrolební – a jedná se o závažný stav.

Účel výkonu

Punkce dutiny má význam jednak diagnostický – je hodnocen obsah dutiny, jednak terapeutický – je odstraněn patologický obsah (hnis) z dutiny.

Povaha výkonu

Povaha výkonu je invazivní.

Jedná se o zákrok nepříjemný, ale ne bolestivý. Nejprve lékař do nosu nastříká či vloží na vatových tampónkách roztok, který nos znecitliví (umrtví). Poté pronikne nástrojem, který připomíná tlustou jehlu, přes tenkou kostěnou stěnu. Je jistě nepříjemné, když slyšíte křupnutí. Dutinu vypláchně. Vy na vlastní oči uvidíte, co je možné si v nose „vypěstovat“. V některých případech je nutné punkci jednou za dva dny opakovat. Po punkci ve většině případů ucítíte jasnou úlevu od bolesti a tlaku ve tváři.

Předpokládaný prospěch výkonu

Čím přesněji a dříve může lékař určit druh a rozsah Vašeho onemocnění, tím je větší naděje na úspěšnou léčbu.

Alternativa výkonu

Celková terapie ATB, antihistaminika, nosní kapky, antipyretika, analgetika.

Následky výkonu

Několik hodin po výkonu může přetrvávat krvavý výtok z dotčené nosní dutiny.

Možná rizika zvoleného výkonu

Nejčastější možné komplikace jsou:

- krvácení při poranění větší cévy
- možná aplikace roztoku mimo dutinu
- alergická reakce na anestetikum

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 informacím, které mi byly lékařem sděleny a vysvětleny, jsem porozuměl, měl jsem možnost klást doplňující otázky, které mi byly lékařem 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 nezamlčel(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

Stranový verifikační protokol (vyplňuje lékař)		
Ověření lokalizace výkonu:	Část těla	Strana
Ověření dle ambulantní karty	☐ ANO ☐ NE	☐ Pravá ☐ Levá
Ověření dle chorobopisu	☐ ANO ☐ NE	☐ Pravá ☐ Levá
Ověření dle zobrazovacích metod	☐ RTG ☐ UZ ☐ CT ☐ Jiné:	☐ Pravá ☐ Levá
Závěr - část těla:		
Lokalizace výkonu označena: ☐ ANO ☐ NE		
Důvod neoznačení: ☐ zdravotní stav pacienta neumožňuje prodlevu péče potřebnou k označení ☐ pacient s označením nesouhlasí		

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:			
Jak pacient projevil svou vůli:			
Jméno a příjmení zdravotnického pracovníka/svědka	Podpis zdravotnického pracovníka/svědka	Datum	Hodina