

Informovaný souhlas pacientky (zákonného zástupce pacientky) s punkcí dutiny břišní

Pacientka – jméno a příjmení:	Rodné číslo (číslo pojištění):
Datum narození: (není-li rodné číslo)	Kód zdravotní pojišťovny:
Adresa trvalého pobytu pacientky: (případně jiná adresa)	
Jméno zákonného zástupce (opatrovníka):	Rodné číslo:

Název výkonu

Punkce dutiny břišní

Účel výkonu

Cílem tohoto chirurgického výkonu je získat vzorek tekutiny z dutiny břišní k dalšímu vyšetření (mikrobiologickému, cytologickému eventuálně biochemickému), které napomůže ke zpřesnění, eventuálně povede ke stanovení povahy onemocnění. Tento výkon lze taktéž provádět za účelem zmírnění eventuálně odstranění potíží způsobených hromaděním tekutiny v dutině břišní.

Povaha výkonu

Výkon může mít povahu diagnostickou eventuálně léčebnou.

Pomocí zavedení punkční jehly do dutiny břišní přes břišní stěnu je provedeno získání popřípadě odpuštění tekutiny z dutiny břišní.

Předpokládaný prospěch výkonu

Odstranění nebo zmírnění Vašich gynekologických obtíží.

Alternativa výkonu

Lze se pokusit snížit množství tekutiny v dutině břišní pomocí léků podporujících odvod tekutiny z těla močí a úpravou diety. Tento přístup však nedovoluje získat vzorek tekutiny k dalším vyšetřením. Tento přístup je však časově náročnější a je vhodný pouze pro určitá onemocnění spojená s hromaděním tekutiny v organismu.

Následky výkonu

Tento výkon, je-li proveden bez komplikací, nemá žádné následky

Možná rizika zvoleného výkonu

Žádný lékař Vám nemůže zaručit stoprocentní výsledek operace bez rizika. Výskyt uvedených komplikací je díky pokroku v medicíně řídký.

Při punkci dutiny břišní může dojít ke krvácení či neúmyslnému poškození okolních orgánů, např. močových, močového měchýře, střeva, cév, nervů, jater s možným dočasným nebo trvalým porušením jejich funkce. Tyto komplikace mohou vést k rozšíření operačního výkonu, případně k následnému operačnímu výkonu, za účelem léčby těchto komplikací.

Vzácně se také může objevit infekce.

Výskyt popsanych komplikací je velmi vzácný, je prováděna celá řada preventivních opatření za účelem minimalizace těchto rizik. Pokud se však i přesto nějaká komplikace objeví, jsme specializováni na jejich léčbu.

Souhlas:

pozn. Vaši odpověď zakroužkujte:

Byla jsem srozumitelně informována o alternativách výkonu prováděných ve Fakultní nemocnici Olomouc, ze kterých mám možnost volit.	ANO	NE
Byla jsem informována 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
Byla jsem informována 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 porozuměla, měla 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 nezamlčela 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 pacientky nebo zákonného zástupce (opatrovníka)

Jméno a příjmení lékaře, který podal informaci	Podpis lékaře, který podal informaci

Pokud se pacientka nemůže podepsat, uveďte důvody, pro které se pacientka nemohla podepsat:			
Jak pacientka projevila svou vůli:			
Jméno a příjmení zdravotnického pracovníka/svědka	Podpis zdravotnického pracovníka/svědka	Datum	Hodina