

Informovaný souhlas pacienta (zákonného zástupce pacienta) se zavedením drénu 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 (krev, hnis, výpotek apod.). Výkon umožňuje aktivní léčbu onemocnění pohrudnice (odsávání tekutiny či vzduchu) a rozvinutí kolabované plíce.

Povaha výkonu

Zavedení drénu je výkon, který umožňuje odsát tekutinu nebo vzduch z pohrudniční dutiny. Před drenáží je místo vpichu lokálně znecitlivěno injekcí. Poté následuje incize (naříznutí) kůže a podkoží a zavedení drénu mezi žebry do pohrudniční dutiny. Drenáž se provádí většinou vleže drénem (hadičkou), který proniká přes kůži mezi žebry do pohrudniční dutiny. Správné uložení drénu je kontrolováno po zavedení pomocí rentgenového vyšetření. V některých případech se může výkon provádět pod kontrolou CT. Při výkonu zaujměte doporučenou polohu, nehýbejte se a dýchejte volně a klidně, dle pokynů lékaře. Během výkonu je možné odebrat vzorek výpotku, který může být podle zvážení lékaře poslán na laboratorní vyšetření. Obvykle se drén ponechává, aby odváděl nežádoucí tekutinu či vzduch více dnů. V některých případech je možné napojit drén na tzv. aktivní sání k zajištění rozvinutí plíce a odstranění případného nahromaděného vzduchu. Po odstranění drénu není vhodné se 24 hodin sprchovat. Místo vpichu by mělo zůstat sterilně zalepeno a v suchu. Zárok trvá 30-45 minut a může být proveden jak ambulantně, tak za hospitalizace, zejména pokud bude drén ponechán delší dobu.

Před výkonem je nezbytné se pouze lehce najíst, užít léky, které pravidelně užíváte (pokud lékař neurčí jinak) a k výkonu se dostavit bez přívěšků, náušnic a náhrdelníků. Po výkonu Vám bude proveden kontrolní rentgenový snímek hrudníku. Následuje alespoň 12hodinový klidový režim, pokud lékař neurčí jinak.

V případě jakýchkoliv potíží okamžitě upozornit ošetřujícího lékaře!!!

Předpokládaný prospěch výkonu

- zlepšení dechu po odsátí výpotku či vzduchu a rozvinutí plíce,
- usnadnění a urychlení hojení po odsátí výpotku,
- možnost podání léků drénem přímo do pohrudniční dutiny.

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

Úspěch lékařských výkonů a jejich absolutní nerizikovitost nelze nikdy zcela zajistit. Může dojít k některým komplikacím, jejichž výskyt však není častý. Mezi tyto komplikace patří:

- zhoršení dechu,
- krvácení z místa vpichu nebo do pohrudniční dutiny,
- bolestivost a dráždění na kašel se může objevit i při napojení na odsávací zařízení,
- vykašlávání malého množství krve,
- alergická reakce na dezinfekci (jod) či na znecitlivující látku,
- zanesení infekce do pohrudniční dutiny,
- možnost kolapsového stavu při výkonu na podkladě reflexní reakce z podráždění pohrudnice,
- výjimečně nemůže ani drén vyřešit problém kolapsu plíce nebo tvorby výpotku, pak je nutno provést chirurgický zákrok,
- poranění mezižebří, cévy, nervu nebo v případě poranění vnitřních orgánů může být tato komplikace řešena akutním chirurgickým zákrokem.

Následky výkonu

Drobná jizva v místě po drénu.

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

Pozn.: Vaši odpověď zakroužkujte

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 náchyllost ve Vašem příbuzenstvu (pouze pokrevní příbuzní)?	ANO	NE
3. Trpíte sennou rýmou, průduškovým astmatem, precitlivělostí 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:

Byl(a) jsem srozumitelně informován(a) o alternativách výkonu prováděných ve Fakultní nemocnici 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(a), měl(a) 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

Datum	Hodina	Podpis pacienta nebo zákonného zástupce (opatrovníka)

Jméno 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