

Informovaný souhlas pacienta (zákonného zástupce pacienta) s punkcí pohrudničního výpotku

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 pohrudničního výpotku

Účel výkonu

Důvodem punkce pohrudničního výpotku je podezření na závažné onemocnění pohrudnice nebo jiného orgánu, které se na pohrudnici šíří. Smyslem výkonu je odstranit tekutinu v pohrudniční dutině a ulevit Vašemu dýchání. Odebraná tekutina se odesílá do laboratoře k vyšetření. Výkon se provádí jehlou, která se vpichuje mezižebřím do hrudníku.

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

Povaha výkonu

Vlastní výkon:

Výkon se provádí většinou vsedě nebo vleže. Místo vpichu tenké jehly je možno lokálně znecitlivět injekcí nebo zmražením. Tenká jehla proniká kůží mezi žebry do místa, kde je nahromaděna tekutina. Odebíraná tekutina se nasává přes jehlu hadičkou do sběrné nádoby. Po tuto dobu udržujte doporučenou polohu, nehýbejte se a dýchejte volně a klidně, dle pokynů lékaře. Odebraný vzorek může být podle zvážení lékaře poslán na laboratorní vyšetření.

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 je nezbytné udržovat alespoň 12 hodin klidový režim, pokud lékař neurčí jinak.

V případě jakýchkoliv potíží okamžitě upozornit ošetřujícího lékaře!!!

Předpokládaný prospěch výkonu

Zlepšení dechu po odsátí výpotku. Získání i malého množství výpotku umožňuje jeho cílené vyšetření a tím i přesnější rozpoznání příčiny onemocnění vedoucí k lepšímu řízení léčby. Usnadnění a urychlení hojení některých nemocí po odsátí výpotku.

Alternativa výkonu

Zavedení hrudního drénu k dlouhodobějšímu odsávání výpotku - zvláště pokud jde o rozsáhlé nálezy nebo hnis v dutině hrudní.

Možná rizika zvoleného výkonu

Úspěch lékařských výkonů a jejich absolutní nerizikovitost nelze nikdy zcela zajistit. Nejčastější možné komplikace jsou:

- alergická reakce na dezinfekci (jod) či na znecitlivující látku,
- krátkodobá bolestivost v místě vpichu,
- zcela výjimečně může dojít po výkonu ke kolapsu plic (v těchto případech je nutné jehlou odsát vzduch z pohrudniční dutiny nebo na dočasnou dobu zavést drén do pohrudniční dutiny, aby se plíce mohla opět roztáhnout),
- vzácněji se může objevit déletrvající krvácení z místa vpichu při některých onemocněních krvevornosti či poruchách srážlivosti,
- vzácně může dojít k poranění cévy či nervu v místě vpichu, poranění plic, krvácení,
- možnost kolapsového stavu při výkonu na podkladě reflexní reakce z podráždění pohrudnice.

Následky výkonu

Velmi vzácně: neustupující pneumotorax (kolaps plicí) při značném postižení plicí a pohrudnice vlastní nemocí.

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, 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:

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