



Radiodiagnostické oddělení
Tel.: 371 62 272, 111
Rokycany, Voldužská 750, 33701
IČ 263 60 900

Drenáž pleury

F-IS
RDG-10
Informovaný souhlas

Pacient/ka

.....
titul jméno příjmení

Kód ZP

Rodné číslo:

Adresa

Poznámka: vyplňte údaje nebo nalepte štítek

štítek

Zákonný zástupce

.....
titul jméno příjmení

Vztah:

.....
např. matka, otec, opatrovník aj.

Adresa

.....
liší-li se od bydliště pacienta/ky

Narozen/a:

Vážená paní, vážený pane,

Váš zdravotní stav (zdravotní stav Vám svěřené osoby) vyžaduje provedení drenáže pohrudniční dutiny. Máte právo svobodně se rozhodnout o postupu při poskytování zdravotních služeb Vaší osobě (Vašemu dítěti), pokud jiné právní předpisy toto právo nevyklučují. K provedení navrhovaného zdravotního výkonu potřebujeme Váš souhlas. Pro usnadnění rozhodnutí Vám chceme podat následující informace.

1 Důvod

Důvod Vám byl sdělen indikujícím lékařem při návrhu výkonu.

2 Příprava k výkonu

Při výkonu je nepřijatelné, abyste ponechal/a v dutině ústní odnímatelnou zubní protézu, aby na vyšetřované části těla byly jakékoli odnímatelné cizí předměty, především ozdoby těla apod. Personál Vás zároveň poučí, které části oděvu musíte před vyšetřením sejmout, a poskytne Vám provizorní pokrývku těla.

Je nutné požit trvale užívané léky na léčbu vysokého tlaku, srdečních onemocnění, astmatu, nerozhodne-li ošetřující lékař jinak.

Doprovod dítěte musí zajišťovat osoba, která je ochotna a schopna s dítětem setrvat ve vyšetřovně. Ošetřujícího i provádějícího lékaře upozorněte před vyšetřením, trpíte-li poruchou srážlivosti krve či užíváte-li léky proti srážení krve. V případě virového onemocnění jater a AIDS, prosím, informujte ošetřující personál.

3 Postup při výkonu

Jedná se o výkon, při kterém se pomocí speciálních pomůcek provede po předchozím zaměření ultrazvukem nápich pohrudniční dutiny, do které se posléze zavede drén (plastová hadička), kterým se vypustí tekutina stlačující plíci. Výkon se provádí v místním znecitlivění v poloze vsedě a to přístupem skrze kůži. Výjimečně provádíme zavedení drénu v poloze vleže.

Je nutné, abyste během výkonu spolupracoval/la s personálem - tj. seděl/a v klidu, event. zadržel/a dech a prováděl/la další jednoduché úkony

Délka vyšetření většinou nepřesáhne 30 minut.

4 Následky a možná rizika výkonu

Drobné krvácení z podkoží či z hlubších tkání není nebezpečné.

Velké krvácení hrozí při napíchnutí větší cévy. Pod každým žebrem probíhá tepna nevelkého průměru a při jejím nápichu může v extrémně vzácných případech dojít k většímu krvácení, které si vyžádá chirurgické ošetření.

Pneumothorax (průnik vzduchu do pohrudniční dutiny) není zcela vzácnou komplikací. Většinou je malý a nevýznamný a plyn je ještě při výkonu podaří odsát zavedeným drénem. V případě, že je pneumotorax významnější, musí být řešen zavedením hrudního drénu, který zavede většinou chirurg.

Infekce kůže a podkoží v místě vpichu se ve vážnějších případech léčí antibiotiky, jen výjimečně chirurgicky. Zvýšené riziko je u dětí, starších lidí nad 60 let, alergiků, diabetiků, u pacientů s poškozenou funkcí ledvin. Zavlečení infekce do dutiny hrudní je extrémně vzácné.

Ve velmi výjimečných případech může dojít k poranění plicní tkáně s následným krvácením do průdušinek, které se projeví vykašláváním krve. Vzhledem k použitému instrumentariu (nástrojům) tato komplikace většinou nevyžaduje chirurgickou léčbu.

Dále je také důležité, abyste věděl/a, že v některých případech výkon skončí neúspěchem a to tehdy, když je výpotek v pohrudniční dutině rozdělený vazivovými přepážkami. V takových případech se lze pokusit o rozpuštění přepážek léčivý nebo je proveden chirurgický výkon.

5 Jako alternativy shora uvedeného výkonu lze provést

Alternativní bezpečnější a méně zatěžující postup neexistuje.

6 Chování po výkonu, možných omezeních, údaje o léčebném režimu a preventivních opatřeních, která jsou vhodná a o poskytnutí dalších zdravotních služeb.

Po nezbytně nutnou dobu budete po výkonu sledován/a na lůžkovém oddělení. Drén se ponechává zavedený, dokud nedojde k vypuštění nahromaděné tekutiny. Pokud to Váš zdravotní stav dovolí, může se stát, že Vás ošetřující lékař propustí se zavedeným drénem do domácího ošetřování. V tom případě Vám budou poskytnuty informace o způsobu péče o drén. Především je důležitá prevence povytažení drénu a dbejte zvýšené opatrnosti při manipulaci s kohoutem drénu, který mimo dobu odsávání tekutiny z hrudníku musí být bezpečně uzavřený. Obvazy musejí být čisté, nesmějí prosakovat a nesmějí být uvolněné.

Pokud by se po vašem propuštění ze zdravotnického zařízení se zavedeným drénem vyskytly nějaké zdravotní komplikace, především kdyby se objevila náhle vzniklá dušnost, okamžitě kontaktujte rychlou lékařskou pomoc.

7 Údaje o souhlasu s poskytnutím dalších alternativních výkonů v případě neočekávaných komplikací v průběhu prováděného výkonu (včetně transfuze krve).

V případě výskytu neočekávaných komplikací vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků nutných k záchraně života nebo zdraví souhlasím, aby byly provedeny veškeré další potřebné a neodkladné výkony nutné k záchraně života nebo zdraví.

8 Prohlášení pacienta/ky nebo zákonného zástupce

- a) Byl/la jsem poučen o svém právu svobodně se rozhodnout o postupu při poskytování uvedeného zdravotního výkonu.
- b) Byl/a jsem seznámena s údaji o účelu, povaze, předpokládaném prospěchu, následcích a možných rizicích navrhovaných zdravotních služeb (zdravotního výkonu)
- c) Byl/la jsem seznámen/a s alternativami (jinými možnostmi) navrhovaných zdravotních služeb (zdravotního výkonu), s jejich výhodami a riziky a měl/la jsem možnost si jednu z alternativ zvolit (pokud tato možnost volby existuje a pokud výkon nepodléhá zvláštním právním předpisům
- d) Byl/la jsem seznámen/a s možnými omezeními v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti po poskytnutí zdravotních služeb (po zdravotním výkonu) a s možnými očekávanými změnami zdravotního stavu a zdravotní způsobilosti
- e) Nezamlčel/la jsem žádné mně známé údaje o zdravotním stavu, které by mohly nepříznivě ovlivnit léčbu či ohrozit mé okolí, zejména rozšířením infekční choroby
- f) Souhlasím s nezbytným použitím omezovacích prostředků, jejichž účelem je odvrácení bezprostředního ohrožení života, zdraví nebo bezpečnosti v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb (prováděním zdravotního výkonu
- g) Prohlašuji, že mi byla poskytnuta podrobná informace o implantovaném zdravotnickém prostředku podle zvláštního právního předpisu. (Toto prohlášení se týká pouze pacientů s implantovaným zdravotnickým prostředkem).
- h) Prohlašuji, že jsem byl/a poučen/a o možnosti odvolání tohoto informovaného souhlasu a beru na vědomí, že případné odvolání souhlasu nebude účinné, pokud již bude započato provádění zdravotního výkonu, jehož přerušování může způsobit vážné poškození zdraví nebo ohrožení života).
- i) Prohlašuji, že jsem mohl/a klást doplňující otázky, na které mi bylo řádně odpovězeno, a že jsem informacím a poučení plně porozuměl/a a souhlasím s poskytnutím navrhovaných zdravotních služeb (zdravotním výkonem).

9 Posouzení způsobilosti nezletilého pacienta nebo pacienta s omezenou svéprávností k vyslovení souhlasu

(vyplní lékař/ka poskytující údaje a poučení)

- Pacient/ka je rozumově a volně vyspělý/á k vyslovení souhlasu s poskytnutím navrhovaných zdravotních služeb.
- Pacient/ka není rozumově a volně vyspělý/á k vyslovení souhlasu s poskytnutím navrhovaných zdravotních služeb.

10 Prohlášení indikujícího lékaře

Prohlašuji, že jsem řádně informoval výše uvedeného pacienta (zákonného zástupce) o účelu, povaze a alternativách plánovaného vyšetření způsobem, který byl dle mého soudu pro něj srozumitelný. Dále jsem ověřil kontraindikace vyšetření.

Jmenovka (razítko nebo čitelně hůlkovým písmem)

podpis

11 Prohlášení provádějícího lékaře

Prohlašuji, že jsem řádně informoval výše uvedeného pacienta (zákonného zástupce) o provedení, rizicích a možných komplikacích plánovaného vyšetření způsobem, který byl dle mého soudu pro něj srozumitelný. Dále jsem ověřil kontraindikace lékařského ozáření.

Jmenovka (razítko nebo čitelně hůlkovým písmem)

podpis

12 Souhlas pacienta

Prohlašuji a svým vlastnoručním podpisem stvrzuji, že lékař, který mně poskytl poučení, vše mi osobně vysvětlil, porozuměl/a jsem sdělenému, měl/a jsem možnost klást doplňující otázky, na které mně bylo řádně odpovězeno. Bylo mi umožněno si vše řádně a v dostatečné časové lhůtě rozvážit. Svým podpisem projevuji výslovný souhlas s provedením zákroku.

Lékař/ka provádějící poučení: _____ Podpis: _____

Pacient/ka*): _____ Podpis: _____

Zákonný zástupce*): _____ Podpis: _____

V Rokycanech dne: _____ hod.: _____

12.1 Pacient/ka není schopen/a podpisu.

Svůj souhlas vyjádřil/a *):

Způsob projevu vůle:

- kývnutím hlavy gestem: očima jinak:

Jméno, příjmení a podpis svědka

Jméno, příjmení a podpis lékaře

12.2 Pacient odmítl podepsat souhlas

Vyplňte v případě, že pacient/ka (zákonný zástupce) odmítl souhlas podepsat.

Lékař/ka provádějící poučení: _____ Podpis: _____

Svědék: _____ Podpis: _____

Poznámka: *)nehodící se škrtněte

Dovolujeme si Vás informovat, že na poskytování zdravotních služeb v naší nemocnici se mohou podílet osoby získávající způsobilost k výkonu povolání zdravotnického pracovníka nebo jiného odborného pracovníka, a to včetně nahlížení do zdravotnické dokumentace. Přítomnost těchto osob při poskytování zdravotních služeb můžete odmítnout a jejich nahlížení do zdravotnické dokumentace můžete během svého léčení zakázat. Bližší informace Vám na vyžádání poskytne ošetřující lékař