



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

Perkutánní drenáž pod sono kontrolou

F-IS
RDG-11
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

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

Narozen/a:

Vážená paní, vážený pane,

na základě zhodnocení Vašeho zdravotního stavu a předchozích vyšetření Vám ošetřující lékař doporučil provedení perkutánní drenáže pod sonografickou kontrolou. Máte právo svobodně se rozhodnout o postupu při poskytování zdravotních služeb Vaší osobě (Vašemu dítěti), pokud jiné právní předpisy toto právo nevylučují. K provedení navrhovaného zdravotního výkonu potřebujeme Váš souhlas. Pro usnadnění rozhodnutí Vám chceme podat následující informace.

1 Důvod

Perkutánní drenáž je léčebný zákrok, který slouží k odstranění nahromaděné tekutiny v těle (krve hnisu a podobně), k němuž došlo v souvislosti s Vaším onemocněním. K tomuto účelu se do těla vpichem přes kůži zavádí drén (tenká hadička), která odvede tekutinu navenek. To obvykle vede ke zmenšení nebo odstranění Vašich obtíží.

2 Příprava k výkonu

Drenáž se provádí za hospitalizace. Před výkonem nesmíte minimálně po dobu 4 hodin jíst, pít ani kouřit.

V odůvodněných případech může být tento interval i delší. Pokud užíváte nějaké léky, můžete je (s výjimkou léků na snížení krevní srážlivosti - takzvané ředění krve) užít normálním způsobem. Před výkonem Vám musí být zkontrolována krevní srážlivost. Pokud ji máte sníženou, provede Vám ošetřující lékař její úpravu. Vlastní výkon se provádí v místním znecitlivění, které aplikuje radiolog.

3 Postup při výkonu

V úvodu výkonu bude provedeno takzvané plánovací vyšetření, které umožní nalezení nahromaděné tekutiny, do níž bude drén zaveden. Nelíší se nijak od běžného sonografického vyšetření. Po plánovacím vyšetření Vám bude na těle označeno místo zavedení drénu. Poté se provede znecitlivění. Radiolog zavede do tekutinové kolekce drén. Po jeho definitivním umístění jej přichytí ke kůži stehem nebo speciálním fixačním zařízením. Následně bude místo zavedení drénu sterilně překryto. V některých případech bude odebrán vzorek tekutiny, který se použije k laboratornímu vyšetření.

4 Následky a možná rizika výkonu

Výskyt komplikací při perkutánní drenáži je malý, ale nelze jej zcela vyloučit. Běžné je malé krvácení v místě vpichu a bolest po ukončení účinku znecitlivění. Vzácně může dojít k většímu krvácení nebo zánětu v místě vpichu vyžadujícímu další ošetření. U výkonů na hrudníku může do pohrudniční dutiny vniknout vzduch, který způsobí takzvaný pneumothorax. Většinou je malý a nevýznamný. V případě, že je větší, musí být odsát hrudním drénem. Pokud dojde k ucpání drénu a tekutina ještě není odstraněna, bude třeba jej vyměnit.

5 Jako alternativy shora uvedeného výkonu lze provést

Perkutánní drenáž je využívána v případech, kdy nelze nahromaděnou tekutinu odstranit bez porušení celistvosti těla (spontánním vstřebáním nebo pomocí léků). Výkon provádí lékař - radiolog. Jedná se o relativně šetrnou metodu.

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 z důvodu vyloučení komplikací sledován/a na lůžkovém oddělení. Drén se ponechává zavedený, dokud nedojde k vypuštění nahromaděné tekutiny. Pokud to Váš zdravotní stav umožňuje, může se stát, že Vás ošetřující lékař propustí se zavedeným drénem do domácího ošetřování. V tom případě Vám poskytneme informace o způsobu péče o drén a dostanete termín ambulantní kontroly. Pokud by se po vašem propuštění ze zdravotnického zařízení vyskytly nějaké zdravotní komplikace, vyhledejte neprodleně 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: _____

Svěddek: _____ Podpis: _____

Poznámka: ^{*)}nehodící se škrtněte

Dovoluujeme 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