

INFORMOVANÝ SOUHLAS S ODEBRÁNÍM TEKUTINY Z DUTINY BŘIŠNÍ (PUNKCÍ ASCITU)

Jméno pacienta:

Rodné číslo:

štítek

ALERGIE.....

Definice: tento výkon umožňuje odebrání vzorku nebo většího množství volné tekutiny z dutiny břišní pomocí vpichu punkční jehlou přes břišní stěnu.

Cíl a důvod výkonu: tento výkon má zpravidla dva důvody:

- **Diagnostická punkce** – odběr malého množství volné tekutiny z dutiny břišní za účelem vyšetření vzorku v laboratoři a stanovení nebo upřesnění diagnózy.
- **Léčebná punkce** – odběr většího množství volné tekutiny z dutiny břišní, kdy tento objem tekutiny pacientovi způsobuje zdravotní obtíže, a byly vyčerpány všechny ostatní způsoby řešení.

Alternativy k výkonu: nejsou

Příprava před výkonem: žádná

Postup při výkonu: pacient leží v poloze na zádech na lůžku. Po desinfekci a místním umrtvení znečitlivující injekcí lékař pacientovi zavede do dutiny břišní punkční jehlu. V případě diagnostické punkce nasaje do stříkačky malé množství tekutiny a jehlu poté odstraní. V případě léčebné punkce připojí na punkční jehlu plastovou hadičku, která odvádí obsah dutiny břišní do sběrné nádoby. Odstraňování většího množství tekutiny může trvat i několik desítek minut. Pacient leží po celou dobu na lůžku a zdravotnickým personálem je sledován jeho celkový stav a množství odebrané tekutiny.

Průběh a péče po výkonu/případná omezení: Po výkonu je v obou případech místo vpichu sterilně ošetřeno přiložením obvazu nebo náplasti. Pacient zůstává v klidu na lůžku po dobu, kterou určí lékař. Celý výkon se provádí za přísně sterilních podmínek.

Možné časté komplikace a následující rizika: I tento, jako každý lékařský výkon, může mít komplikace - zavlečení infekce do dutiny břišní, vzácněji krvácení z vpichu nebo do dutiny břišní, poranění nitrobřišních orgánů.

Datum:

Jméno lékaře: **Podpis lékaře:**

PACIENT / ZÁKONNÝ ZÁSTUPCE:

1. Přečtete si laskavě pozorně text tohoto souhlasu.
2. Pokud jste plně nerozuměli lékařovu vysvětlení, nebo pokud potřebujete doplňující informace, neváhejte se lékaře znovu zeptat.
3. Pokud souhlasíte s textem prohlášení, podepište jej.

Já, pacient / zákonný zástupce prohlašuji, že jsem byl/a lékařem srozumitelně a včas informován/a o povaze lékařského výkonu / lékařského postupu uvedeného výše, byl jsem též informován/a o možných rizicích tohoto výkonu. Měl/a jsem možnost klást lékaři doplňující dotazy a pokud tomu tak bylo, veškeré mé dotazy byly zodpovězeny. Své rozhodnutí činím po pečlivé úvaze a po posouzení všech rozhodujících skutečností.

Na základě tohoto poučení prohlašuji, že souhlasím:

- s uvedeným léčebným postupem,
- s tím, že může být proveden jakýkoliv další související výkon, pokud by jeho neprovedení bezprostředně ohrozilo můj zdravotní stav / zdravotní stav opatrované osoby a vzhledem ke konkrétní situaci nebude možno získat můj aktuální souhlas.

Jsem srozuměn/a s tím, že:

- uvedený léčebný postup nemusí být proveden lékařem, který mne dosud ošetřoval,
- souhlas se pokládá za informovaný také v případě, že se podle § 32 odst. 1 zákona č. 372/2011 Sb. podání informace vzdávám.

Souhlasím s poskytnutím informací:

ano ne

Datum: **Podpis pacienta:**

Jméno a podpis zákonného zástupce (1):

Jméno a podpis zákonného zástupce (2):

Jméno a podpis pacientem určené osoby při přijetí v Informovaném souhlasu s hospitalizací:

.....

POKUD SOUHLAS NELZE PACIENTEM PODEPSAT, VYPLŇTE DLE SITUACE VARIANTU A) NEBO B):

a) **Jméno svědka (zdravotnický pracovník):**

Podpis:

Datum:

b) **Jméno svědka:** **Rodné číslo:**

Adresa bydliště: **Číslo OP:**

Datum: