



## 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 znecitlivující 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:** .....