



**OBLASTNÍ NEMOCNICE
PŘÍBRAM, a. s.**

Oblastní nemocnice Příbram, a.s.
Gen. R. Tesaříka 80, Příbram I, 261 01
IČO: 27085031, telefon: 318 641 111

INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTA / ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE S PROVEDENÍM DRENÁŽE KOLEKCE TEKUTINY POD UZ * / SKIASKOPICKOU (RTG) * / CT KONTROLOU *

(* nehodící se škrtněte)

Oddělení: **Zobrazovací metody**

Jméno a příjmení pacienta:

Datum narození:

Jméno a příjmení zákonného zástupce:

Datum narození:

Popis možných navigačních způsobů:

UZ vyšetření je neinvazivní zobrazovací metoda využívající zvukových vln o velmi krátké vlnové délce k vytvoření obrazu sledované tkáně v reálném čase.

Skioskopické / RTG vyšetření umožňuje získat sumační obraz cílové oblasti s využitím rentgenových paprsků v reálném čase.

CT vyšetření je neinvazivní zobrazovací metoda, která využívá rentgenové paprsky k vytvoření vrstevných obrazů lidského těla.

Možná rizika plynoucí z ionizujícího ozáření:

Ionizující (a tedy i rentgenové) záření může mít negativní účinky na člověka, na rozdíl od ultrazvuku, jehož event. negativní účinky na organismus nebyly prokázány. Vzhledem k uvedenému lékař rozhoduje, za asistence kterého zobrazení bude výkon nejbezpečnější a nejpresnější. V případě skioskopie i CT jsou technické parametry nastaveny tak, aby pacientem obdržena dávka byla co nejmenší v poměru k zachování navigačního přínosu zobrazení.

Popis zdravotního výkonu:

Drenáž spočívá v zavedení drénu – tenké hadičky do dutiny s nežádoucím obsahem (tekutina, hnis apod.), který je třeba z těla odstranit a následně jej odvádět po dobu, po kterou se dutina ještě plní, někdy i několik týdnů (typicky např. u abscesů).

Jaký je režim pacienta:

Výkony se provádí na lačno za krátkodobé hospitalizace. Je nutno znát hodnoty krevního obrazu a parametry srážení krve. Pokud pacient užívá léky na ředění krve (Anopyrin, Warfarin apod.) je nutné tuto skutečnost oznámit výkon indikujícímu i provádějícímu lékaři.

Na CT či UZ / RTG pracovišti se za kontroly příslušné modality v místním umrtvení zavede do požadovaného místa speciální jehla - dle volby lékaře buď jednokrokovou technikou (drén je navlečený přímo na jehlu), nebo technikou vícekrokovou (jehlou se zavede tenký zavaděč, po něm se po rozšíření přístupové cesty zavede vlastní drén). Ke správnému zavedení jehly je potřeba na několik vteřin zadržet dech. Po výkonu se celá oblast ještě zkontroluje k vyloučení případných časných komplikací a dle výsledku se zvolí příslušný režim následné péče. U zánětlivých stavů je obvyklé současné podávání antibiotik.

Možná rizika doporučeného zdravotního výkonu:

Nejčastější je bolest v místě vpichu při výkonu a po něm. Bolesti bývají nevýrazné a poměrně rychle ustupují. Komplikací může být také krvácení, nejčastěji v místě vpichu či z oblasti zavedeného drénu, které samovolně ustane. Trvá-li krvácení déle nebo se objeví bolest či teplota, informujte zdravotnický personál. Zcela výjimečně je nutný další, někdy i chirurgický zásah vedoucí k zástavě krvácení. Chirurgicky je obvykle nezbytné řešit i případné neočekávané proděravění některé části stěva při výkonech v oblasti dutiny břišní a pánve.

U výkonu v oblasti hrudníku nebo okolí bránice může dojít k poranění plíce či k drobnému pneumotoraxu - v obou případech však většinou tyto komplikace nevyžadují dalšího řešení a spontánně se zhojí, jen výjimečně je nezbytné provádět odsávání pomocí zavedeného drénu do pohrudniční dutiny.

Ke snížení rizika možných komplikací nám odpovězte na následující dotazy:

- Trpíte nějakým chronickým onemocněním (srdce a cév, vysokým krevním tlakem, cukrovkou, zeleným zákalem apod.)? ano ne
- Máte zvýšený sklon ke krvácení i po drobných poraněních? ano ne
- Užíváte léky ovlivňující krevní srážlivost, např. Warfarin nebo Anopyrin? ano ne
- Trpíte nějakou alergií – např. na znečítlivující léky? ano ne
- Jste těhotná? ano ne

Absolutní úspěch léčby a zcela bezrizikový průběh výkonu Vám nemůže zaručit žádný lékař.

Pokud máte v souvislosti s vyšetřením jakékoli dotazy, neváhejte se s nimi obrátit na lékaře, který výkon indikuje nebo který jej provede.

Předpokládaná doba hospitalizace závisí na typu prováděného výkonu a jeho průběhu.

Údaje o možném omezení v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti po provedení příslušného výkonu, lze-li takové předpokládat:

Vlastní cílená drenáž další omezení nemá, pouze nějaký čas budete mít u sebe sáček / nádobku, do které se bude sekret odvádět. O dalších aspektech Vás bude informovat ošetřující lékař.

Odpovědi na doplňující otázky pacienta (zákonného zástupce):

(vyplňte nebo proškrtněte)

Já níže podepsaný pacient / zák. zástupce tímto prohlašuji,

že mě lékař dne náležitě a srozumitelně informoval a vysvětlil důvod a typ lékařského výkonu, informoval mě o mé diagnóze a způsobu léčby a to takovým způsobem, který je podle mého soudu pro mě srozumitelný. Vysvětlení jsem plně pochopil/a a vzal/a na vědomí. Zároveň stvrzuji, že jsem podal/a pravdivé informace o svém zdravotním stavu. Nezamlčel/a jsem žádné skutečnosti, které by mohly mít vliv na léčbu.

Lékař mě seznámil s očekávaným přínosem výkonu a s možnými alternativami navrhovaného postupu. Byl/a jsem informován/a o možných rizicích a komplikacích během výkonu, i jaký vliv bude mít výkon případně jeho odmítnutí na moji schopnosti či další způsob života. **Rozumím informacím, které mi lékař vysvětlil.** Měl/a jsem možnost klást lékaři doplňující dotazy a pokud tomu tak bylo, veškeré dotazy mi byly zodpovězeny a nemám další otázky.

Současně prohlašuji, že v případě výskytu neočekávaných komplikací, vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků nutných k záchraně mého života nebo zdraví, souhlasím s tím, aby byly provedeny veškeré další potřebné a neodkladné výkony nutné k záchraně mého života nebo zdraví.

Na základě tohoto poučení dávám **svůj plný informovaný souhlas** s uvedeným lékařským výkonem, což stvrzuji svým vlastnoručním podpisem.

Podpis pacienta / zák. zástupce pacienta: Datum:

Prohlašuji, že jsem pacienta/zákonného zástupce osobně informoval/a, poučil/a a podal/a mu náležité vysvětlení o skutečnostech uvedených v tomto písemném informovaném souhlasu a pacient/zákonný zástupce vyslovil svůj informovaný souhlas.

Jmenovka lékaře a podpis: Datum: