

INFORMOVANÝ SOUHLAS S PUNKCÍ, DRENÁŽÍ

Pacient

Jméno a příjmení		Zdrav. pojišťovna	
Rodné číslo		Váha (kg)	
Telefon		Číselný kód dg.	
Adresa		Diagnóza (slovy)	
Anamnéza (alergie na lokální znecitlivění, stav hemokoagulace)			

Odesílající oddělení:

Ošetřující lékař:

Vyšetřující radiolog:

Plánovaný výkon:

* Laická terminologie: zobrazovací vyšetření s nápichem a vypuštěním tekutého obsahu dutiny nebo dutinového orgánu, případně zavedením hadičky k trvalému vypouštění

* Lékařská terminologie: punkce nebo drenáž

Naše oddělení je personálně a technicky vybaveno k provedení plánovaného výkonu. Tento výkon byl vybrán jako nejvhodnější vzhledem k povaze Vašeho onemocnění. Máte právo žádat informaci o rizicích spojených s tímto výkonem či léčbou, jakož i o podstatě a cílech plánovaného výkonu a o jiných možných metodách léčby.

Poučení o povaze onemocnění, potřebných výkonech a možnosti výskytu nežádoucích účinků:

Punkce znamená, že za CT nebo rentgenové či ultrazvukové kontroly je jehlou napíchnuta dutina nebo dutinový orgán v těle obsahující nežádoucí tekutinu. Jehlou je možno odsát obsah dutiny nebo dutinového orgánu lékařem-radiologem. Drenáž znamená, že místo jehly je po tzv. vodiči (tenký drátek) zaveden do dutiny měkký drén tak, aby obsah dutiny mohl sám vytékat ven. Drén se ponechává tak dlouho, dokud se obsah dutiny zcela nevyprázdí. U dutinových orgánů (např. močových nebo žlučových cest) se ponechává tak dlouho, jak je potřeba vzhledem k celkovému stavu nemocného. Drény je možno i po několika týdnech či měsících vyměňovat. Vyšetření se provádí v místním znecitlivění. Vyšetření není bolestivé, mírně bolí jen první vpich přes kůži. Komplikací bývá nejčastěji krvácení v místě vpichu. Po vyšetření je žádoucí klid na lůžku min. 12 hod.

Prohlašuji, že jsem byl(a) seznámen(a) s výše uvedeným plánovaným výkonem. Byl(a) jsem informován(a) o možnosti výskytu nežádoucích účinků spojených s tímto výkonem.

Svým podpisem na následující straně potvrzujete:

1. že jste četl(a) poučení a souhlasíte s výše uvedeným **prohlášením**;
2. že výše léčebný výkon Vám byl srozumitelně vysvětlen Vaším ošetřujícím lékařem a dostal(a) jste všechny informace, které jste požadoval(a);
3. že dáváte oprávnění a souhlas k vykonání výše uvedeného léčebného výkonu a k případným nutným následným vedlejším zásahům, které se ukáží během tohoto výkonu nebo v návaznosti na něj nezbytnými či prospěšnými;
4. že souhlasíte s tím, aby v rámci běžných diagnostických postupů byl odebrán z Vašeho těla biologický materiál, který může být použit pro výzkumné účely;
5. že souhlasíte s tím, aby byly Vaše osobní údaje shromažďovány, zpracovávány a uchovávány pro vědecké účely a pro účely prováděného léčení;

Podpis:

.....

Nemocný nebo zákonný zástupce (hůlkovým písmem)

.....

datum a čas

.....

ošetřující lékař

Zdůvodnění pokud nemocný nemůže toto prohlášení podepsat:

Vyjádření nesouhlasu s vyšetřovacím nebo léčebným výkonem:

Nemocný byl poučen o možných následcích v případě nesouhlasu s navrhovaným vyšetřovacím nebo léčebným výkonem takto:

Podpis:

.....

Nemocný nebo zákonný zástupce (hůlkovým písmem)
a čas

.....
datum

.....

ošetřující lékař

Zdůvodnění pokud nemocný nemůže toto poučení podepsat: