

## INFORMOVANÝ SOUHLAS S PUNKCÍ ASCITU

Zdravotnické zařízení: OLÚ Paseka, Paseka 145, 783 97, IČO: 00849081 tel: 585007999

Pracoviště:

Lékař, který provedl poučení:

Pacient (jméno, příjmení, dat. narození):

Dnešního dne jsem byl lékařem poučen o zdravotním výkonu, který mi má být proveden.

### **P u n k c e a s c i t u**

*Účelem tohoto zdravotního výkonu je:* získat vzorek tekutiny v dutině břišní k vyšetření v laboratoři při podezření na závažné onemocnění pobřišnice nebo jiného orgánu dutiny břišní.

Smyslem je také odstranit vzniklou tekutinu v břišní dutině a ulevit Vašemu dýchání a ulevit Vám od bolestí z napjaté stěny břišní.

*Zdravotní výkon bude probíhat takto:*

*Příprava:* před výkonem je třeba informovat lékaře, zda netrpíte zvýšenou krvácivostí, alergií na dezinfekční, znecitlivující přípravky nebo léky, astmatem, cukrovkou nebo jiným závažným onemocněním. Je třeba mít laboratorní vyšetření. Před zákrokem se můžete lehce najíst, ranní léky můžete zapít vodou, pokud Váš lékař neurčí jinak.

*Zárok:* provádí se většinou vsedě nebo vleže. Místo vpichu tenké jehly je možno znecitlivět injekcí nebo zmražením. Tenká jehla proniká kůží ve 1/3 vzdálenosti mezi pupkem a hřebenem kosti pánevní kyčelní do místa, kde je nahromaděna tekutina. Správné uložení a pohyb jehly se může kontrolovat RTG přístrojem ( skiaskop ), ultrazvukovým přístrojem ( sonograf ) nebo výpočetní tomografií ( CT ). Odebraná tekutina se nasává přes jehlu hadičkou do sběrné nádoby. Při výkonu zaujměte doporučenou polohu, nehýbejte se a dýchejte dle pokynů lékaře.

*Vzal jsem na vědomí, že lékařem doporučený výkon má tyto výhody:* čím přesněji a dříve může lékař určit druh a rozsah onemocnění, tím je větší naděje na úspěšnou léčbu, rychlá úleva od potíží na rozdíl od zdlouhavé medikamentózní léčby.

*Byl jsem dále poučen, že lékařem doporučený výkon má následující rizika:* již při zákroku můžete pozorovat zlepšení dechu i zmírnění bolesti. Výjimečně se může objevit bolest nebo drobné krvácení v místě vpichu, popř. alergická reakce na dezinfekci nebo znečítlivující látku.

*Chování po výkonu:* dodržujte aspoň 12 hodin klidový režim na nemocničním lůžku, pokud lékař neurčí jinak. Všechny komplikace hlase svému lékaři.

Prohlašuji a svým dále uvedeným vlastnoručním podpisem potvrzuji, že lékař, který mi poskytl poučení, mi osobně vysvětlil vše, co je obsahem tohoto písemného informovaného souhlasu a měl jsem možnost klást mu otázky, na které mi řádně odpověděl.

Prohlašuji, že jsem shora uvedenému poučení plně porozuměl a výslovně souhlasím s provedením zdravotního výkonu: **Punkce ascitu**

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 a jsem poučen o možných komplikacích mého zdravotního stavu, ke kterým by mohlo dojít v případě mého nesouhlasu s výkonem.

Jsem seznámen, že svůj informovaný souhlas můžu odvolat. Odvolání souhlasu není účinné, pokud již bylo započato provádění zdravotního výkonu, jehož přerušování může způsobit vážné poškození zdraví nebo ohrožení života pacienta.

Prohlášení lékaře:

Seznámil/a jsem pacienta/ku s jeho/jejím zdravotním stavem, potřebou léčebného výkonu/zároku a riziky spojenými s realizací tohoto výkonu/zároku, s relevantními léčebnými alternativami a jejich riziky, s následky v případě, že se rizika realizují, specifickými riziky pro tohoto pacienta/ku a následky v případě, že se pacient/ka zákroku nepodrobí. Dal/a jsem příležitost pacientovi/jeho zástupci položit otázky týkající se výše uvedených záležitostí nebo otázky týkající se jeho/jejích jiných obav. Na dané otázky jsem odpověděl/a srozumitelně, v potřebném rozsahu a co nejlépe. Jsem přesvědčen/a o tom, že pacient/ka pochopil/a výše uvedené informace tak, aby byl/a schopen/na se informovaně rozhodnout

V Pasece

dne:

Vlastnoruční podpis pacienta:.....

Podpis lékaře, který poučení provedl:.....

Podpis svědků poučení a souhlasu pacienta, pokud pacient není schopen se vlastnoručně podepsat: