

Informovaný souhlas pacienta(tky) s výkonem

Punkce ascitu

Vážená paní, Vážený pane,

vzhledem k tomu, že jako svéprávný jedinec se podílíte významným způsobem na diagnostickém a léčebném postupu navrženém u Vaší osoby, máte nezadatelné právo být před Vaším rozhodnutím o těchto postupech podrobně informován. Na základě Vašeho aktuálního zdravotního stavu Vám byla lékařem indikována punkce ascitu.

Co je to punkce ascitu:

Ascites označuje nález volné tekutiny v dutině břišní, která se tam za normálních podmínek nevyskytuje. Při punkci ascitu se tekutina odebírá buď k diagnostickému vyšetření (určení příčiny jejího vzniku) nebo ke zmenšení jejího množství. V případě, že zjišťujeme příčinu ascitu, pak je tento zákrok svou povahou jedinečný a nemá tudíž žádnou alternativu. Tam, kde má zákrok za účel zmenšit množství ascitické tekutiny v břiše, navazuje na selhání klasické farmakologické léčby, která je současně jeho alternativou.

Jaký je režim pacienta před výkonem:

Není nutno dodržovat žádný zvláštní režim.

Jaký je postup při provádění výkonu:

Výkon nevyžaduje žádnou speciální přípravu a provádí se v rámci péče nemocniční i ambulantní. Ascites se odebírá tenkou jehlou po dezinfekci a lokálním znecitlivění přes stěnu břišní.

Jaké jsou možné komplikace a rizika:

Absolutní bezrizikovitost výkonu Vám nezaručí žádný lékař. Komplikace jako krvácení, infekce, bolestivost, poranění nitrobřišních orgánů jsou vzácné.

Jaký je režim po provedení výkonu:

Doporučujeme neprovádět fyzicky náročnou činnost a zbytek dne odpočívat.

Identifikační údaje pacienta(tky):

Příjmení:		Jméno:		Titul:		RČ:	
-----------	--	--------	--	--------	--	-----	--

Identifikační údaje zákonného zástupce, opatrovníka:

Příjmení:		Jméno:		Datum narození:	
-----------	--	--------	--	-----------------	--

Plánovaný výkon:

Punkce ascitu

Vysvětlující pohovor provedl:

identifikace a podpis lékaře

Prohlašuji, že mi byl náležitě objasněn důvod, předpokládaný prospěch, způsob provedení, následky i možná rizika a komplikace plánovaného výkonu. Dále mi byly vysvětleny možné alternativy včetně jejich komplikací a zdravotní důsledky vyplývající z nepodstoupení plánovaného výkonu. Měl(a) jsem možnost zeptat se lékaře na všechno, co mě ve vztahu k plánovanému výkonu zajímá a obdržel(a) jsem vysvětlení, kterému jsem porozuměl(a). S provedením výše uvedeného výkonu souhlasím.

Prohlašuji, že souhlasím s (označte ☒):

- ☐ provedením punkce ascitu během mé hospitalizace, případně i opakovaně,
☐ provedením punkce ascitu po dobu mé ambulantní léčby, případně i opakovaně.

Dále prohlašuji, že jsem pravdivě informoval(a) ošetřujícího lékaře o dosavadním vývoji zdravotního stavu, včetně informací o infekčních nemocech, o zdravotních službách poskytovaných jinými poskytovateli, o užívání léčivých přípravků, včetně užívání návykových látek, a dalších skutečnostech podstatných pro poskytování zdravotních služeb a nezatajil(a) jsem žádné okolnosti svého zdravotního stavu, které jsou překážkou v provedení výkonu či mohou být v jakékoli souvislosti se vznikem komplikací.

Bylo mi podáno vysvětlení, že v případě výskytu neočekávaných komplikací vyžadujících neodkladné provedení dalších výkonů nutných k záchraně mého života nebo zdraví, budou tyto výkony provedeny.

V Ostravě dne: _____

podpis pacienta(tky), zákonného zástupce, opatrovníka