

## INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTA

s poskytnutím zdravotních služeb a provedením zdravotních výkonů

Pacient:

identifikační štítek  
pacienta

### Druh výkonu: PUNKCE BŘIŠNÍ DUTINY

Informace pro pacienta/pacientku:

Vážená pacientko, paciente,  
bylo Vám navrženo provedení PUNKCE BŘIŠNÍ DUTINY.

Před vlastním výkonem s Vámi lékař/ka hovořil/a o účelu a možnostech provedení zákroku a seznámil/a Vás s možnými riziky a komplikacemi plánovaného výkonu, abyste se mohl/a rozhodnout a dát k provedení výkonu svůj souhlas.

#### Účel, povaha, předpokládaný přínos zdravotního výkonu:

PUNKCE BŘIŠNÍ DUTINY je výkon prováděný za účelem úlevného vypuštění tekutiny z břišní dutiny či získáním vzorku tekutiny z břišní dutiny (peritoneální prostor). Výkonem dosahujeme úlevy u pacientů s vysokým tlakem tekutiny v břišní dutině. Výkonem také zpřesňujeme diagnózu určením složení tekutiny či zjištěním infekce břišní dutiny.

K vyšetření přichází pacient řádně připraven - nutné může být přerušeni podáváním některých léčiv (typicky tzv. Antikoagulacia, antitrombotika – léky snižující srážlivost krve). Rozhodnutí o přerušeni léčby musí být provedeno s dostatečným časovým předstihem.

Výkon je proveden po dostatečné desinfekci kůže v místním znecitlivění a vždy pouze sterilními nástroji – jehlami či kanylami k tomu určenými.

#### Možná rizika spojená se zdravotním výkonem:

Časté:

- přechodný pokles krevního tlaku, bolest v místě vpichu

Málo časté:

- Infekce břišní dutiny – projeví se v odstupu minimálně několika dnů a vyžaduje léčbu.
- Krvácení zevní či do břišní dutiny – vždy vyžaduje léčbu.
- Perforace – propíchnutí břišního orgánu (játra, střevo, ...) - vyžaduje vždy hospitalizaci a léčbu.
- Oběhové zhroucení, smrt (velmi málo pravděpodobné) – budou provedeny úkony nezbytné k zajištění orgánových funkcí.

**Alternativní výkon:**

Nemá srovnatelnou alternativu. Nutné je vždy pečlivé zvážení jakéhokoliv výkonu spojeného s narušením břišní dutiny.

**Informace o možném omezení v obvyklém způsobu života, v pracovní schopnosti, zdravotní způsobilosti, po provedení zdravotního výkonu:**

Relativní klid po dobu asi 24 hodin po výkonu.

O užívání vašich běžných léků budete informováni a neváhejte klást lékaři otázky.

**Prohlašuji,**

- že jsem byl/a poučen/a o svém právu klást otázky a svobodně se rozhodnout, zda s navrženou zdravotní službou či zdravotním výkonem souhlasím či nikoli,
- že jsem lékařům nezamlčel/a žádné mně známé informace o mém zdravotním stavu, které by mohly nepříznivě ovlivnit moji léčbu nebo ohrozit mé okolí, zejména rozšířením přenosné choroby,
- že jsem byl/a informován/a, že svůj souhlas s poskytnutím zdravotních služeb mohu odvolat. Byl/a jsem rovněž poučen/a, že odvolání není účinné, pokud již bylo započato provádění výkonu, jehož přerušování může způsobit vážné poškození mého zdraví nebo ohrožení mého života,
- že podaným informacím rozumím, nemám žádné další otázky, ani nejasnosti, a **vyslovuji svůj svobodný informovaný souhlas** s uvedenými zdravotními službami a výkony. Současně vyslovuji souhlas s tím, aby byly provedeny i další zde neuvedené zákroky, výkony a poskytnuty další zdravotní služby, bude-li to potřebné pro ochranu mého života a zdraví a nebude-li možné vyžádat si další dodatečný informovaný souhlas. Beru na vědomí, že provedením zákroku, byť na náležité odborné úrovni, nemusí být dosaženo předpokládaného výsledku.

Podpis pacienta/pacientky (zákonného zástupce):.....

Poznámky lékaře k rozhovoru s pacientem/pacientkou:.....

Podpis lékaře:.....datum:.....