

## HRUDNÍ PUNKCE

Poj.:

Strana 1 / 4

DG:

Č.chorobopisu:

Vážená pacientko, vážený paciente, vážení rodiče,

vzhledem k Vašemu zdravotnímu stavu (zdravotnímu stavu Vašeho dítěte) je Vám doporučeno provedení výše uvedeného zákroku (výkonu). Před vlastním výkonem s Vámi lékař/ka hovořil/a o účelu a možnostech provedení zákroku. Seznámil/a Vás s možnými riziky a komplikacemi plánovaného výkonu, abyste se mohl/a rozhodnout a dát k provedení zákroku svůj souhlas.

Zákonný zástupce pacienta: - - -

Lékař, který provedl poučení: FlexFormClientExt

Vážená pacientko, vážený paciente, vážení rodiče,

vzhledem k Vašemu zdravotnímu stavu (zdravotnímu stavu Vašeho dítěte) je Vám doporučeno provedení výše uvedeného zákroku (výkonu). Před vlastním výkonem s Vámi lékař/ka hovořil/a o účelu a možnostech provedení zákroku. Seznámil/a Vás s možnými riziky a komplikacemi plánovaného výkonu, abyste se mohl/a rozhodnout a dát k provedení zákroku svůj souhlas.

### Účel, povaha a důsledky výkonu:

Hrudní punkce je výkon za účelem odstranění vzduchu, krve nebo tekutiny z dutiny pohrudniční. Nejčastěji se provádí po úrazech hrudníku nebo při nahromadění tekutiny při jiném onemocnění. Provádí se jednorázovým odsátím.

### Příprava k výkonu:

Po předchozím zobrazovacím vyšetření, jako rentgenové vyšetření, ultrazvukové vyšetření či CT vyšetření hrudníku, které diagnostikuje vzduch nebo tekutinu v dutině pohrudniční, se provede označení místa vpichu a jeho dezinfekce. Výkon se většinou provádí vsedě.

Pokud užíváte léky ovlivňující krevní srážlivost (léky na „ředění krve“), jako Warfarin, Lawarin, Anopyrin, Aspirin, Godasal, Ticlid, Tagren aj., informujte o tom předem ošetřujícího lékaře.

### Provedení výkonu:

Po přípravě operačního pole se provede místní znecitlivění - aplikace anestetického roztoku jehlou do kůže a podkoží. Při jednorázové punkci následuje zavedení delší jehly do pohrudniční dutiny a odsátí vzduchu nebo tekutiny (viz ilustrační obrázek). V indikovaných případech je získaná tekutina poslána k rozborům do laboratoře. viz obr. 1

### Doporučený režim po výkonu:

Po punkci je nezbytný klid na lůžku a sledování zdravotnickým personálem. Po výkonu jsou prováděny kontroly hrudníku rentgenem nebo ultrazvukem.

### Možné komplikace a rizika:

Zcela výjimečně může dojít ke krvácení v místě vpichu. V některých případech se také může nově objevit alergie na anestetikum (znecitlivující lék) nebo na dezinfekci. Zcela výjimečně může při tomto výkonu dojít ke vniknutí vzduchu do pohrudniční dutiny a vzniku pneumotoraxu spojeného s kolapsem plíce.

### Možné alternativy léčby:

Neinvazivní alternativa k výkonu není známa. V případě nutnosti trvalého odsávání se provádí hrudní drenáž -

## HRUDNÍ PUNKCE

Poj.:

Strana 2 / 4

DG:

Č.chorobopisu:

zavedení drénu do dutiny pohrudniční a napojení na odsávání.

### Prohlášení o informovaném souhlasu:

Prohlašuji, že jsem tento informovaný souhlas četl(a) a že mi bylo lékařem sděleno a vysvětleno:

- jaký je účel, povaha, předpokládaný prospěch, následky, možná rizika a komplikace výkonu,
- zda plánovaný výkon má nějakou alternativu a zda mám možnost zvolit jednu z alternativ,
- k jakým omezením v obvyklém způsobu života, v pracovní schopnosti a změnám v pracovní způsobilosti může příslušný zdravotní výkon vést,
- jaký léčebný režim, následná zdravotní a preventivní opatření jsou vhodná po plánovaném výkonu.

Dále prohlašuji, že jsem měl(a) možnost klást doplňující otázky a zeptat se na vše, co považuji v souvislosti s navrhovaným výkonem za podstatné, a že moje dotazy mi byly lékařem zodpovězeny.

Prohlašuji, že jsem podaným informacím a vysvětlením plně porozuměl(a) a považuji své poučení za dostatečné.

Prohlašuji, že na základě své svobodné vůle a poskytnutých informací souhlasím s provedením navrhovaného zdravotního výkonu.

Souhlasím, aby v případě výskytu neočekávaných komplikací vyžadujících neodkladné provedení dalších výkonů nutných k záchraně mého života byly tyto výkony provedeny.

Byl(a) jsem také poučen(a) o tom, že mohu svůj souhlas s lékařským výkonem kdykoliv před zákrokem odvolat.

Jako zákonný zástupce

~~nezletilého pacienta,  
pacienta zbaveného způsobilosti k právním úkonům, nebo  
pacienta s omezenou způsobilostí k právním úkonům~~

svým podpisem stvrzuji, že jsem održel příslušné informace a že tyto výše uvedené informace byly v přiměřeném rozsahu a formě též poskytnuty pacientovi.

Ve Frýdku-Místku dne: **27.6.2016 07:02**

-----  
podpis pacienta / zákonného zástupce

-----  
podpis lékaře

Podpis svědka poučení a souhlasu pacienta/zákonného zástupce, pokud pacient/zákonný zástupce není schopen se vlastnoručně podepsat:

### HRUDNÍ PUNKCE

Poj.:

Strana 3 / 4

DG:

Č.chorobopisu:

Důvod, pro nějž pacient/zákonný zástupce není schopen se podepsat:

- - -

Způsob, jak pacient/zákonný zástupce projevil svou vůli:

- - -

Jméno, příjmení, podpis svědka: - - -

-----  
podpis svědka (svědků)

POUZE VZOR, NEVYPLŇUJTE

## HRUDNÍ PUNKCE

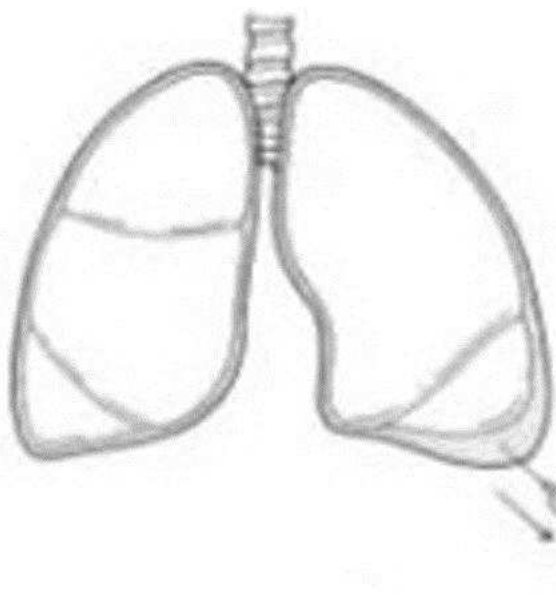
Poj.:

Strana 4 / 4

DG:

Č.chorobopisu:

### Obrazová příloha



Obr. 1

POUZE VZOR, NEVYPLŇUJTE