

Punkce ascitu

Poj.:

Strana 1 / 3

DG:

C.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 dát k provedení zákroku svůj souhlas.

Zákonný zástupce pacienta: - - -

Lékař, který provedl poučení: **FlexFormClientExt**

Vážená paní,

byla Vám doporučena punkce ascitu. Chtěli bychom Vám proto poskytnout informace, které by prohloubily Vaše vědomosti o plánovaném výkonu.

Operační postup:

Podstatou zákroku je vypuštění vodnatého obsahu dutiny břišní jehlou s následným možným cytologickým a kultivačním vyšetřením odebrané tekutiny.

Komplikace:

Zádné pracoviště ani lékař Vám nemůže zaručit ideální a nekomplikovaný průběh operace. Všeobecné komplikace provázející operační výkony jsou díky pokroku v medicíně velmi řídké. Patří mezi ně např. "trombóza" (tvorba krevních sraženin v žilách, např. dolních končetin), "embolie" (uzavření žil krevní sraženinou, nejčastěji v plicích), krvácení během operace, po operaci nebo infekce v operačním poli. Protože se jedná o drobný operační výkon, jsou závažnější komplikace vzácné. Může dojít ke krvácení z místa odebraných vzorků, event. zánětlivé komplikaci po výkonu, které mohou mít těžký průběh a mohou vyústit v celkové selhání organismu s následkem smrti. Někdy může dojít k poranění vnitřních orgánů dutiny břišní, nejčastěji střevních kliček. Nejčastější komplikací je porucha vitálních funkcí (převážně snížení krevního tlaku) po odebrání většího množství tekutiny. To se může projevit celkovou slabostí, točením hlavy a kolapsem. Tyto stavy si mohou vyžádat další došetření. Další možné komplikace mohou vzniknout při podání narkózy a budou Vám v případě zájmu vysvětleny lékařem anesteziologem. Jako při každém podávání léků není vyloučena ani alergická reakce na podávaná léčiva.

Režim pacienta před výkonem:

Zpravidla není potřeba žádný speciální režim.

Režim pacienta po výkonu:

Výkon se může provádět v ambulantním i hospitalizačním režimu. Závisí na celkovém stavu pacientky. Po provedení zákroku je zpravidla nutné krátkodobé sledování základních životních funkcí. Doporučujeme si k odchodu po zákroku zajistit doprovod.

Možné následky výkonu:

Operace umožní cytologické a kultivační vyšetření odebrané tekutiny a posouzení jejich změn. Hojení trvá obvykle asi 7-10 dní a bývá spojeno se slabším krvácením. V opravdu mimořádných situacích může dojít k metabolickému rozvratu vnitřního prostředí organismu.

Alternativy výkonu:

Ponechání tekutiny v dutině břišní, vypuštění tekutiny pod přímou vizuální kontrolou laparoskopu (operační zákrok

Punkce ascitu

Poj.:

Strana 2 / 3

DG:

C.chorobopisu:

prováděný v celkové anestézii).

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 si 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 obdržel 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:

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

Punkce ascitu

Poj.:

Strana 3 / 3

DG:

C.chorobopisu:

Způsob, jak pacient/zákonný zástupce projevili svou vůli:

Jméno, příjmení, podpis svědka: ---

podpis svědka (svědků)

pouze vzor, nevyplňujte!