

Provedení drenáže pohrudniční dutiny

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 dát k provedení zákroku svůj souhlas. a

Zákonný zástupce pacienta: - - -

Lékař, který provedl poučení: FlexFormClientExt

Vážená paní, vážený pane,

na základě Vašeho aktuálního zdravotního stavu Vám byl lékařem indikován lékařský výkon - drenáž pohrudniční dutiny pro pneumothorax (vniknutí vzduchu do pohrudniční dutiny). K zákroku, který Vám doporučujeme, je potřeba Vašeho souhlasu. Abyste se mohl(a) rozhodnout, informujeme Vás v tomto záznamu a pohovoru o způsobu, významu a případných komplikacích plánovaného zákroku.

Důvod výkonu

Příčinou tohoto stavu je vniknutí vzduchu do pohrudniční dutiny, ve většině případů přes poškozenou plíci a následné vniknutí vzduchu do pohrudniční dutiny provázeno částečným, nebo úplným skolabováním (zmenšením) plíce - viz obr.1. Smyslem zákroku je odstranit přítomný vzduch z pohrudniční dutiny, dosáhnout roztažení plíce a ulevit Vašemu dýchání.

Režim pacienta před výkonem:

Před výkonem je třeba informovat lékaře, zda neexistuje zvýšenou krvácivostí, alergií na dezinfekční, znecitlivující přípravky nebo na léky, astmatem, cukrovkou nebo jiným závažným onemocněním. Je třeba mít provedeno laboratorní vyšetření, RTG hrudníku a EKG.

Postup výkonu:

Zárok se provádí většinou vleže nebo v polosedě. Tenká jehla je po místním znecitlivění zavedena kůží mezi žebry do místa, kde je nahromaděn vzduch. Zavedený drén bude následně připojen na trvalé odsávání po dobu nezbytně nutnou k zajištění dostatečné kvality spontánního dýchání.

Možné komplikace:

Výjimečně se může objevit bolest nebo drobné krvácení v místě vpichu. Při výkonu může zcela výjimečně dojít k poranění plíce, velkých cév či srdce. Může také dojít ke krvácení z poškozené cévy (interkostální arterie). Popisován je i vznik otevřeného nebo tenzního pneumotoraxu a možnost lokální nebo celkové infekce.

Alternativy výkonu:

při malém postižení lze někdy volit konzervativní postup a sledování či jednorázovou punkci. Další alternativou je chirurgická revize thorakoskopicky či klasickou operací.

Alternativou je i výkon neprovést, což znamená výrazné zpomalení ústupu potíží a s tím spojený nárůst komplikací včetně úmrtí.

Režim pacienta po provedení výkonu:

Po výkonu udržujte klidový režim a následně po dobu trvalého odsávání z hrudního drénu je nutné dodržovat klid na

Provedení drenáže pohrudniční dutiny

Poj.:

Strana 2 / 4

DG:

Č.chorobopisu:

nemocničním lůžku, pokud lékař neurčí jinak. Všechny případné subjektivní potíže hlase svému lékaři.

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 změněm 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:

Provedení drenáže pohrudniční dutiny

Poj.:

Strana 3 / 4

DG:

Č.chorobopisu:

Způsob, jak pacient/zákonný zástupce projevil svou vůli:

Jméno, příjmení, podpis svědka: ---

podpis svědka (svědků)

pouze vzor, nevyplnujte!

Provedení drenáže pohrudniční dutiny

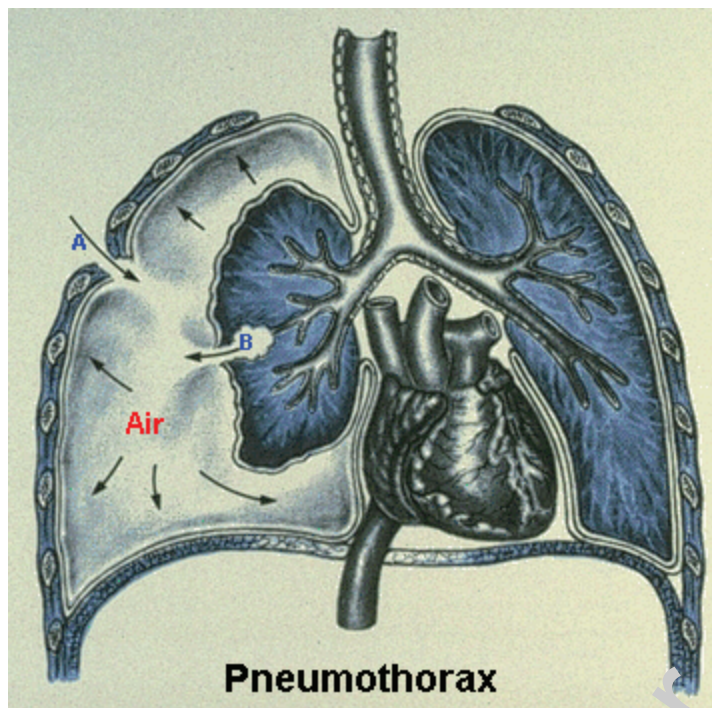
Poj.:

Strana 4 / 4

DG:

Č.chorobopisu:

Obrazová příloha



Obr. 1