

## Informovaný souhlas s provedením zdravotního výkonu / služby: PUNKCE (břišní dutiny, hrudníku, krevní kolekce, kloubní dutiny)

Pacient/ka: \_\_\_\_\_ Rodné číslo: \_\_\_\_\_ ZP: \_\_\_\_\_  
*jméno, příjmení, titul*

### Zákonný zástupce, opatrovník:

Jméno, příjmení, titul: \_\_\_\_\_ Narozen/a: \_\_\_\_\_

Informující lékař: MUDr. \_\_\_\_\_  
*jméno a příjmení*

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

Punkce je lékařský výkon, při kterém se pod kontrolou ultrazvuku či CT provádí cílené napíchnutí tekutinového útvaru (např. pohrudničního výpotku, nahromaděné nitrobršišní tekutiny, cysty či zmnoženého kloubního výpotku) za účelem úplného odsátí patologického obsahu nebo odebrání tekutinového vzorku k dalšímu vyšetření (např. mikrobiologickému či biochemickému).

### Předpokládané důsledky a následky výkonu:

Přínosem je léčebný efekt (odstranění tekutinového ložiska), případně i následný diagnostický přínos objasňující povahu, event. původ nahromaděné tekutiny.

### Předpokládaný postup zdravotního výkonu:

Jde o invazivní výkon prováděný za aseptických podmínek. Postup Vám bude vysvětlen lékařem v souladu s okolnostmi onemocnění a zdravotním stavem.

### Možná rizika spojená se zdravotním výkonem:

I zcela správně provedená punkce může být zatížena rizikem komplikací – krvácením z místa vpichu, nápichem těsně sousedících struktur a možným zakrvácením z nich, v případě punkce pohrudničního výpotku poraněním pohrudnice se vznikem pneumotoraxu, výjimečně i infekčních komplikací.

- První komplikací může být *alergická reakce* na látku používanou při místním znecitlivění (nejčastěji Mesocain). Taková reakce může mít ve výjimečných případech i velmi těžký průběh.
- *krvácení z místa vpichu*, nápich těsně sousedících struktur a možné zakrvácení z nich,
- v případě punkce pohrudničního výpotku poraněním pohrudnice se vznikem pneumotoraxu
- výjimečně i infekčních komplikací.
- Jako prevence proti závažnějším krvácením se před výkonem laboratorně ověřuje krevní srážlivost.
- U výkonů v oblasti hrudníku či těsně pod bránicí může dojít k proniknutí vzduchu do pohrudniční dutiny (pneumotorax) či k propíchnutí plíce. Léčba této komplikace se provádí odsáváním vzduchu z pohrudniční dutiny pomocí drénu. Výskyt závažnějších komplikací je řídký

### Informace o léčebném režimu, preventivních opatřeních, která jsou vhodná, případně o potřebě poskytnutí dalších zdravotních služeb:

Následný režim a další související opatření závisí na povaze onemocnění a zdravotním stavu.

### Prohlášení pacienta / pacientky:

**Byl/a jsem poučen** o svém právu se svobodně rozhodnout o navrhovaném postupu při poskytování zdravotní péče i o možnosti kdykoliv v budoucnu svůj souhlas odvolat, případně znovu udělit.

**Prohlašuji, že jsem byl/a poučen** o svém právu klást otázky a svobodně se rozhodnout, zda s navrženou zdravotní službou či zdravotním výkonem souhlasím či nikoli. **Prohlašuji, 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 náležitě odborné úrovni, nemusí být dosaženo předpokládaného výsledku.

V Prachaticích, dne: \_\_\_\_\_, v \_\_\_\_\_ hodin. **Podpis pacienta/pacientky:** \_\_\_\_\_

**Podpis zák. zástupce, opatrovníka:** \_\_\_\_\_

**Podpis informujícího lékaře:** \_\_\_\_\_

### V případě, že se pacient / pacientka nemůže podepsat:

**Prohlášení svědka**, který byl projevu souhlasu přítomen. Jméno, příjmení (není-li svědek zaměstnancem Nemocnice Prachatice, a.s., uvede se také adresa a datum narození svědka):

Prohlašuji, že pacient/ka přede mnou projevil/a, že po poskytnutém poučení souhlasí s poskytnutím zdravotních služeb/provedením výše uvedených výkonů včetně všech jednotlivých výše uvedených prohlášení.

Pacient/ka se nemůže podepsat z důvodu, že: \_\_\_\_\_

Pacient/ka projevil/a souhlas tak, že: \_\_\_\_\_

V Prachaticích, dne: \_\_\_\_\_, v \_\_\_\_\_ hodin. \_\_\_\_\_

*podpis svědka*