

INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTA S VÝKONEM

Jméno a příjmení pacienta:	
Rodné číslo pacienta:	
Oddělení:	Centrum péče o zažívací trakt - Endoskopie
Zákonný zástupce:	
Rodné číslo zákonného zástupce:	

**Typ výkonu
Punkce ascitu****INFORMACE O POVAZE ONEMOCNĚNÍ NEBO VÝKONU****Účel výkonu a jeho průběh:**

Punkce ascitu - vypuštění tekutiny z prostoru dutiny břišní

Hromadění tekutiny v oblasti dutiny břišní

Hromadění tekutiny je způsobeno nejčastěji:

- špatnou přečerpávací funkcí srdce
- onemocnění jater - jaterní cirhóza

Zajištění žilního přístupu.

Sonografie břicha nebo rentgen břicha - zjistíme tak, kolik tekutin v dutině břišní přibližně je a optimální místo vpichu při punkci ascitu.

Výkon se provádí na lůžku v polosedě.

1. Znecitlivění místa vpichu injekcí.
2. Napíchnutí prostoru v břišní dutině (kde se tekutina hromadí) speciální kanylou, přes kterou může tekutina z břišní dutiny následně vytékat ven do sběrné nádoby.
3. Výkon trvá přibližně 15 - 30 min.
4. Stálé měření vitálních funkcí (krevní tlak, puls, dech, vědomí).

Rizika a možné důsledky výkonu:

- zanesení infekce,
- ztráta bílkovin a tělních tekutin, které se následně mohou doplnit doplňují infuzemi,
- prosakování tekutiny z dutiny břišní z místa po odstranění kanyly - maximálně 2 dny.

Alternativy výkonu:

Alternativa výkonu není.

Léčebný režim a preventivní opatření:

Klidový režim, sledování TK, TF, náhrada roztoků.

Možná omezení způsobu života a pracovní schopnosti:

Výrazné omezení není, v závislosti na množství punktované tekutiny pak dle doporučení lékaře.

SPECIÁLNÍ INFORMACE**PROHLÁŠENÍ PACIENTA / ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE / OPATROVNÍKA**

Byl jsem lékařem srozumitelným způsobem informován o zdravotním výkonu v rozsahu výše uvedeném. Měl jsem možnost klást lékaři doplňující dotazy, které mi byly srozumitelně zodpovězeny. Na základě podaných informací **uděluji s výkonem souhlas.**

Prohlašuji, že v případě výskytu neočekávaných komplikací, vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků nutných k záchraně mého života nebo zdraví, souhlasím s tím, aby byly tyto zákroky provedeny.

Jsem si vědom toho, že pokud změním své stanovisko, mohu svůj souhlas písemně odvolat.

ZDRAVOTNICKÝ PRACOVNÍK/PRACOVNICE, KTERÝ/Á POUČENÍ POSKYTL/A

INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTA S VÝKONEM

Punkce ascitu

Dat. nar.:

Kód poj.:

Č. poj.:

V

Datum a čas:

.....
Podpis pacienta / zákonného zástupce.....
jmenovka, podpis lékaře

Pacient se nemůže podepsat z těchto důvodů (např. úraz ruky):

Souhlas projevil takto:

Svědék (jméno, příjmení, popř. jmenovka, podpis):

.....
Podpis svědka/svědků