

INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTA S VÝKONEM

(stává se součástí dokumentace)

Jméno, příjmení pacienta:		Datum narození:
Lékař zodpovědný za poučení pacienta:		
Pracoviště /oddělení:		

Poučení pacienta o výkonu:	Punkce ascitu
Účel provedení výkonu /indikace/:	Punkce ascitu je odběr ascitické tekutiny prováděný z důvodů diagnostických, případně léčebných. Jedná se o nahromadění volné tekutiny v břišní dutině při chorobných procesech (onemocnění jater, onkologická onemocnění,...).
Příprava k výkonu:	K puncí ascitu není nutná žádná specifická příprava, informujte, prosím, svého lékaře na případné alergie a užívané léky, především léky upravující srážlivost krve. Před výkonem je možné ultrazvukové označení optimálního místa k punkci – o tomto rozhodne lékař provádějící punkci.
Průběh výkonu:	Výkon se provádí v leže na lůžku. Po vybrání optimálního místa k punkci provede lékař lokální dezinfekci kůže v místě vpichu a jejím okolí a následně injekční jehlou místní znecitlivění daného místa. Poté se zavede punkční jehla (mírně širší než injekční) a provede se odpuštění ascitické tekutiny do sběrné nádoby. Tekutina je dále dle potřeby vyšetřena a je změřeno její množství. Po odpuštění je punkční jehla vyjmuta a místo vpichu je ošetřeno a přelepeno.
Možné komplikace /omezení/:	Výkon je jako každý lékařský zákrok spojen s určitými riziky a komplikacemi, které nejsou časté, nelze je však bohužel vyloučit. Může se jednat o krvácení (většinou malé) z místa vpichu, případně do dutiny břišní. Vzácné infekce do dutiny břišní s nutností následné antibiotické terapie. Vzácné poranění střev se vznikem zánětu pobříšnice s možností následné akutní operace a ošetření střev.
Vyslovení souhlasu pacienta s provedením zdravotního výkonu:	Já pacient (zákonný zástupce) prohlašuji, že jsem byl/a jasnou a mně srozumitelnou formou informován/a o léčebném postupu. Prohlašuji, že jsem všem informacím jasně porozuměl/a, jsem obeznámen/a s postupem i komplikacemi výkonu. Rovněž mi bylo umožněno klást otázky a diskutovat s lékařem o této problematice. S provedením punkce ascitu souhlasím. Současně prohlašuji, že v případě výskytu neočekávaných komplikací souhlasím s tím, aby byly provedeny další potřebné a neodkladné výkony nutné k záchraně mého života nebo zdraví.
Datum:	
Podpis pacienta /zákonného zástupce/:	
Podpis lékaře:	