

PUNKČNÍ NEFROSTOMIE

 Pacient/ka: Narozen/a:
titul jméno příjmení

Rodné číslo (číslo pojištění): / Kód ZP:

Bydliště:

 Zákonný zástupce: Vztah:
titul jméno příjmení (např. matka, otec, opatrovník aj.)

 Narozen/a: Bydliště:
(liší-li se od bydliště pacienta/ky)

Vážená paní, vážený pane, vážení rodiče,

na základě provedených vyšetření Vám ošetřující lékař doporučil založení punkční nefrostomie (vývod moče z ledviny)

Důvodem provedení založení nefrostomie může být:

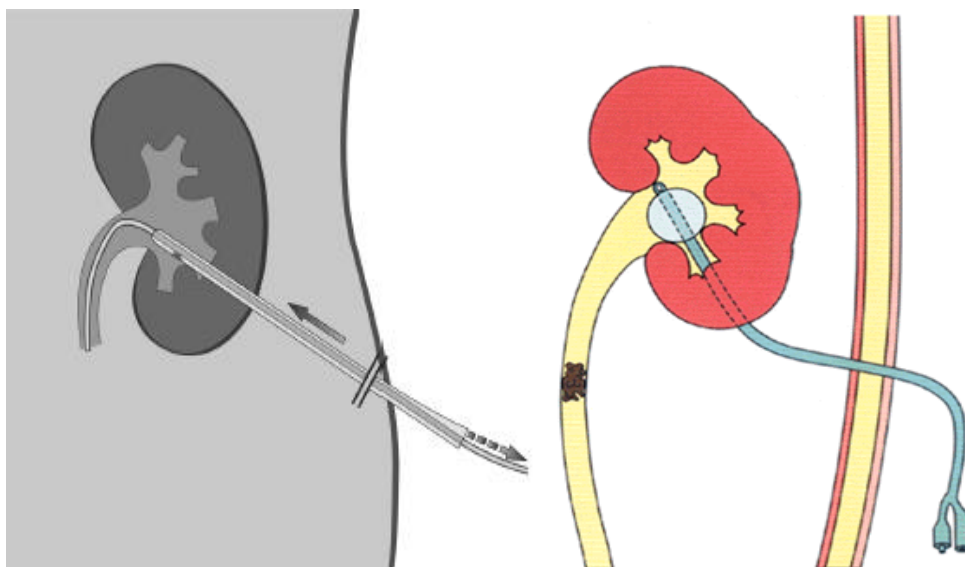
1. neprůchodnost močových cest, resp. neprůchodnost močovodu např. při přítomnosti kamene, zúžení močovodu nebo útlaku močovodu nádorem v jeho blízkosti, hrozící selhání fungování ledvin
2. diagnostické důvody

Příprava a postup při výkonu

Výkon provádíme v místní nebo celkové anestézii (znecitlivění). Někdy výkonu předchází také nitrožilní podání kontrastní látky (tekutina napomáhající zviditelnit při rentgenovém vyšetření tělesné orgány nebo dutiny).

Pacient při výkonu leží na břiše. Začínáme ultrazukovým vyšetřením k objasnění stavu ledvin a určení místa k založení vpichu. Nejprve provedeme krátký kožní řez v bederní krajině. Poté za kontroly ultrazukovým a současně rentgenovým přístrojem zavedeme kožním řezem dlouhou speciální jehlu až do ledviny tak, aby mohla moč z ledviny volně odcházet. Pak pomocí speciálních dilatátorů (rozšiřovacích trubic) vytvoříme dostatečně široký kanál a takto získaným přístupem zavádíme do ledviny nefrostomický katétr (ohebná dutá trubice), který trvale odvádí moč z těla. Připevňujeme jej stehem nebo náplastí ke kůži, aby nevypadl, a napojujeme jej krátkou hadicí na sběrný močový sáček.

Schéma operace





Rizika a možné komplikace výkonu

Při výkonu či těsně po výkonu můžete mírně krvácet jak z místa vpichu v bederní krajině, tak i do moče. Většinou se nejedná o významnou krevní ztrátu. Výjimečně je kvůli krvácení nutná operační revize ledviny a zcela výjimečně při mimořádném krvácení je nutné odstranění této ledviny.

Také se výjimečně může objevit močová infekce, což by se projevilo zvýšenou teplotou, bolestmi v bedru nebo pálením při močení.

Velice zřídka se objevují reakce na použitý materiál, dezinfekci, kontrastní látky v podobě vyrážky, svědění kůže. Extrémně řídké jsou těžké alergické stavy spojené s celkovým kolapsem.

Vše uvedené oznamte ošetřujícímu lékaři, který zařídí další léčebné postupy.

Chování po výkonu, možná omezení

Po výkonu existují omezení vyplývající z přítomnosti katétru v bederní krajině, ze kterého trvale odtéká moč do sběrného sáčku, který je nutno nosit neustále při sobě. Je třeba vyloučit možné vytažení katétru při nesprávné nebo násilné manipulaci.

Při dlouhodobém zavedení nefrostomie jsou nutné pravidelné kontroly průchodnosti katétru na rentgenovém přístroji.

Dovolujeme si Vás informovat, že na poskytování zdravotních služeb v naší nemocnici se mohou podílet osoby získávající způsobilost k výkonu povolání zdravotnického pracovníka nebo jiného odborného pracovníka, a to včetně nahlížení do zdravotnické dokumentace. Přítomnost těchto osob při poskytování zdravotních služeb můžete odmítnout a jejich nahlížení do zdravotnické dokumentace můžete během svého léčení zakázat. Bližší informace Vám na vyžádání poskytne ošetřující lékař.

PROHLÁŠENÍ PACIENTA/KY (ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE)

Byl/a jsem seznámena s údaji o účelu, povaze, předpokládaném prospěchu, následcích a možných rizicích navrhovaných zdravotních služeb (zdravotního výkonu).

Byl/a jsem seznámen/a s alternativami (jinými možnostmi) navrhovaných zdravotních služeb (zdravotního výkonu), s jejich výhodami a riziky a měl/a jsem možnost si jednu z alternativ zvolit (pokud tato možnost volby existuje a výkon nepodléhá zvláštním právním předpisům).

Byl/a jsem seznámen/a s možnými omezeními v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti po poskytnutí zdravotních služeb (po zdravotním výkonu) a s možnými očekávanými změnami zdravotního stavu a zdravotní způsobilosti.

Byl/a jsem seznámen/a s léčebným režimem, vhodnými preventivními opatřeními a s možnými kontrolními zdravotními výkony.

Byl/a jsem poučen/a o právu svobodně se rozhodnout o postupu při poskytování zdravotních služeb, pokud jiné právní předpisy toto právo nevylučují.

Nezamířel/a jsem žádné mně známé údaje o zdravotním stavu, které by mohly nepříznivě ovlivnit léčbu či ohrozit mé okolí, zejména rozšířením infekční choroby.

Prohlašuji, že mi byla poskytnuta podrobná informace o implantovaném zdravotnickém prostředku podle zvláštního právního předpisu. (Toto prohlášení se týká pouze pacientů s implantovaným zdravotnickým prostředkem.)

Prohlašuji, že jsem byl/a poučen/a o možnosti odvolání tohoto informovaného souhlasu a беру na vědomí, že případné odvolání souhlasu nebude účinné, pokud již bude započato provádění zdravotního výkonu, jehož přerušování může způsobit vážné poškození zdraví nebo ohrožení života.

V případě výskytu neočekávaných komplikací vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků nutných k záchraně života nebo zdraví souhlasím, aby byly provedeny veškeré další potřebné a neodkladné výkony nutné k záchraně života nebo zdraví.

Prohlašuji, že jsem mohl/a klást doplňující otázky, na které mi bylo řádně odpovězeno, a že jsem informacím a poučení plně porozuměl/a a souhlasím s poskytnutím navrhovaných zdravotních služeb (zdravotním výkonem).



Pacient/ka:

Rodné číslo:

Informace uvedené v tomto souhlasu s poskytnutím zdravotních služeb týkající se nezletilého pacienta (pacienta s omezenou svéprávností) byly tomuto pacientovi poskytnuty přiměřeně jeho rozumové a volní vyspělosti.

POSOUZENÍ ZPŮSOBILOSTI NEZLETILÉHO PACIENTA NEBO PACIENTA S OMEZENOU SVÉPŘÁVNOSTÍ K VYSLOVENÍ SOUHLASU:

(vyplní lékař/ka poskytující údaje a poučení)

- Pacient/ka **je** rozumově a volně vyspělý/á k vyslovení souhlasu s poskytnutím navrhovaných zdravotních služeb.
- Pacient/ka **není** rozumově a volně vyspělý/á k vyslovení souhlasu s poskytnutím navrhovaných zdravotních služeb.

Lékař/ka (zdravotnický pracovník) poskytující údaje a poučení:

.....
jmenovka (hůlkovým písmem nebo razítkem)

ZOK

.....
podpis

V Plzni dne: v hodin

.....
podpis pacienta/ky (podpis zákonného zástupce)

Vyplňte v případě, že pacient/ka je způsobilý/á k udělení souhlasu, ale nemůže se s ohledem na svůj zdravotní stav podepsat (např. pro úraz horní končetiny):

Současný zdravotní stav pacienta/ky nedovoluje, aby podepsal/a tento souhlas, protože:

Náhradní způsob projevu vůle (souhlasu):

- kývnutím hlavy gestem: očima jinak:

Svěděk:
jméno a příjmení podpis (není-li svědek zaměstnancem FN Plzeň, uveďte se adresa a datum narození)

Vyplňte v případě, že pacient/ka (zákonný zástupce) odmít/a souhlas podepsat:

Pacient/ka (zákonný zástupce) odmít/a tento souhlas podepsat.

Lékař/ka (zdravotnický pracovník) poskytující údaje a poučení:

.....
jmenovka (hůlkovým písmem nebo razítkem)

ZOK

.....
podpis

Svěděk:
jméno a příjmení podpis (není-li svědek zaměstnancem FN Plzeň, uveďte se adresa a datum narození)