

## PERKUTÁNNÍ DRENÁŽ POD KONTROLOU VÝPOČETNÍ TOMOGRAFIE

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,

na základě zhodnocení Vašeho zdravotního stavu a předchozích vyšetření Vám ošetřující lékař doporučil provedení perkutánní drenáže pod kontrolou výpočetní tomografie (CT). Máte právo svobodně se rozhodnout o postupu při poskytování zdravotních služeb Vaší osobě (Vašemu dítěti), pokud jiné právní předpisy toto právo nevylučují. K provedení navrhovaného zdravotního výkonu je potřeba Vašeho souhlasu. Pro usnadnění rozhodnutí Vám chceme podat následující informace.

### Důvod provedení výkonu

Perkutánní drenáž je léčebný zákrok, který slouží k odstranění nahromaděné tekutiny v těle (krve hnisu a podobně), k němuž došlo v souvislosti s Vaším onemocněním. K tomuto účelu se do těla vpichem přes kůži zavádí drén (tenká hadička), která odvede tekutinu navenek. Výkon je nezbytný ke zmenšení nebo odstranění Vašich obtíží.

### Alternativy (jiné možnosti) výkonu / léčby

Perkutánní drenáž je využívána v případech, kdy nelze nahromaděnou tekutinu odstranit bez porušení celistvosti těla (spontánním vstřebáním nebo pomocí léků). Výkon provádí lékař – radiolog. Jedná se o relativně šetrnou metodu.

### Příprava k výkonu

Drenáž se provádí za hospitalizace. Před výkonem nesmíte minimálně po dobu 4 hodin jíst, pít ani kouřit. V odůvodněných případech může být tento interval (časový úsek) i delší. Pokud užíváte nějaké léky, můžete je (s výjimkou léků na snížení krevní srážlivosti – takzvané ředění krve) užít normálním způsobem. Před výkonem Vám musí být zkontrolována krevní srážlivost. Pokud ji máte sníženou, provede Vám ošetřující lékař její úpravu na normální hodnotu. Vlastní výkon se provádí v místním znecitlivění, které aplikuje radiolog pomocí injekce znecitlivujícího prostředku do místa zavedení drénu.

### Postup při výkonu

V úvodu výkonu bude provedeno takzvané plánovací vyšetření, které umožní přesné zaměření nahromaděné tekutiny, do níž bude drén zaveden. Neliší se nijak od běžného vyšetření výpočetní tomografií. V odůvodněných případech se toto plánovací vyšetření provádí po injekci kontrastní látky do žíly na předloktí. Po plánovacím vyšetření Vám bude na těle bezbolestně označeno místo zavedení drénu. Poté se provede znecitlivění. Po ověření jeho účinnosti zavede radiolog do vyšetřovaného orgánu drén. Po jeho definitivním umístění jej přichytí ke kůži stehem nebo speciálním fixačním zařízením. Následně bude místo zavedení drénu sterilně překryto. V některých případech bude odebrán vzorek tekutiny, který se použije k laboratornímu vyšetření.

### Rizika, následky a možné komplikace výkonu

Výskyt komplikací při perkutánní drenáži je malý, ale nelze jej zcela vyloučit. Běžné je malé krvácení v místě vpichu a bolest po ukončení účinku znecitlivění. Vzácně může dojít k většímu krvácení nebo zánětu v místě vpichu vyžadujícímu další ošetření. U výkonů na hrudníku může do pohrudniční dutiny vniknout vzduch, který způsobí takzvaný pneumothorax. Většinou je malý a nevýznamný. V případě, že je větší, musí být odsát hrudním drénem. Pokud dojde k ucpaní drénu a tekutina ještě není odstraněna, bude třeba jej vyměnit.

**Chování po výkonu, možná omezení**

Po nezbytně nutnou dobu budete po výkonu z důvodu vyloučení komplikací sledován/a na lůžkovém oddělení. Drén se ponechává zavedený, dokud nedojde k vypuštění nahromaděné tekutiny. Pokud to Váš zdravotní stav umožňuje, může se stát, že Vás ošetřující lékař propustí se zavedeným drénem do domácího ošetřování. V tom případě Vám poskytne informace o způsobu péče o drén a dostanete termín ambulantní kontroly. Pokud by se po Vašem propuštění ze zdravotnického zařízení vyskytly nějaké zdravotní komplikace, vyhledejte neprodleně lékařskou pomoc.

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 pokud 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 nevyklučují.

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).**

---

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.
-



Pacient/ka: .....

Rodné číslo: .....

**Prohlášení indikujícího lékaře:**

Prohlašuji, že jsem řádně informoval výše uvedeného pacienta (zákonného zástupce) o účelu, povaze a alternativách plánovaného vyšetření způsobem, který byl dle mého soudu pro něj srozumitelný. Dále jsem ověřil kontraindikace vyšetření.

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

ZOK

podpis

**Prohlášení provádějícího lékaře:**

Prohlašuji, že jsem řádně informoval výše uvedeného pacienta (zákonného zástupce) o provedení, rizicích a možných komplikacích plánovaného vyšetření způsobem, který byl dle mého soudu pro něj srozumitelný. Dále jsem ověřil kontraindikace lékařského ozáření.

.....  
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: .....

Svědék: .....  
jméno a příjmení      podpis (není-li svědek zaměstnancem FN Plzeň, uveďte se adresu 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

Svědék: .....  
jméno a příjmení      podpis (není-li svědek zaměstnancem FN Plzeň, uveďte se adresu a datum narození)