

INFORMOVANÝ SOUHLAS

PUNKČNÍ CHOLECYSTOSTOMIE

Vážená paní, vážený pane,

na základě klinického vyšetření zdravotního stavu Vám (Vám svěřené osobě) doporučil ošetřující lékař provedení **punkční cholecystostomie**. Podle právních předpisů Vám předkládáme písemnou formu tzv. informovaného souhlasu platnou v našem zdravotnickém zařízení. Jeho podpisem dáváte najevo, že s provedením vyšetření u Vás (Vám svěřené osoby) souhlasíte. Dokument zároveň obsahuje nejdůležitější informace k potřebné přípravě k výkonu, jeho kontraindikacím, průběhu, rizikům a možným důsledkům. **Informace o důvodu provedení výkonu a jeho alternativ (jiné možnosti) Vám poskytl indikující lékař, který Vám doporučil jeho provedení.**

Příprava k výkonu.

Výkon provádíme pouze za hospitalizace, a to pod kontrolou výpočetní tomografie (CT), jen ve zcela mimořádných situacích pod kontrolou ultrazvuku. Před výkonem zhodnotíme na základě CT vyšetření, zda je technicky možné výkon provést. **Od půlnoci před výkonem nejzte a nepijte.** Na našem pracovišti je vyžadována profylaxe (ochrana) antibiotiky těsně před výkonem a po něm, antibiotikem Vás zajistí indikující (ošetřující) lékař, který také rozhodne o délce aplikace a dávkování antibiotika. Těsně před výkonem je vhodné se vymočit, pokud nemáte zavedenou cévku. Před výkonem je také nutné užít ranní medikaci na léčbu vysokého tlaku, srdečních onemocnění, astmatu apod. Případnou **alergii, poruchu srážlivosti, užívání léků proti srážení krve a režim v případě cukrovky** je v rámci přípravy k výkonu povinen zajistit v součinnosti s Vámi indikující (ošetřující) lékař v náležitém předstihu. V případě **virového onemocnění jater a nemoci AIDS** nás prosím před vyšetřením informujte.

Průběh výkonu. Účelem výkonu je v naprosté většině případů odvést zánětlivou a městnající žluč ze žlučníku. V místním znecitlivění a pod CT kontrolou proto nabodneme přes stěnu břicha a přes játra žlučník a zavedeme tenký umělohmotný katetr (drén) do nitra žlučníku. Tímto drenem pak žluč vyteče navenek a přestane městnat ve žlučníku. Při výkonu budete ležet buď na zádech nebo na levém boku. Katetr většinou připevníme ke kůži chirurgickým stehem a zajistíme proti vypadnutí. Výkon obvykle trvá 30 minut.

Rizika, následky a možné komplikace výkonu.

Metoda není zcela bez rizik. Úmrtí v souvislosti s výkonem je velice vzácné. Možné komplikace mohou nastat při zavádění jehly i drenu, ale jsou velmi řídké. Jedná se především o **krvácení**, které bývá obvykle nevýznamné a spontánně se zastaví. Může být také pozorována přechodně **krev ve žluči odtékající z drenu**. Mírná tlaková bolest i několik hodin po výkonu není neobvyklá, nesmí se ale stupňovat. Vážnější komplikace jsou velmi řídké, ale mohou si vyžádat krevní převody nebo i operační výkon. Patří k nim **větší a dlouhodobé vnitřní krvácení nebo krvácení z drenu, infekce provázená teplotami či třesavkou. Krvácení i infekce bývají spojeny s bolestmi v břiše.** Tyto projevy mohou nastat opožděně, proto budete na lůžku pečlivě sledován/a! O délce zavedení katetru (drenu) rozhodne další vývoj nálezu na žlučníku. V ideálním případě by vynětí katetru z Vašeho těla mělo být bezprostředně následováno chirurgickým odstraněním žlučníku, ale nemusí tomu tak být vždy.

Chování po výkonu, možná omezení.

Po výkonu budete minimálně do druhého dne ležet. Katetr vycházející z Vašeho těla bude napojen na přenosnou sběrnou nádobu a bude sledováno množství a vzhled tekutiny odcházející drenem z Vašeho těla. Nádobku proto sám/a nevylévejte. I když bude dobře připevněný, může neopatrnou manipulací dren vypadnout, což vždy představuje vážnou komplikaci. Proto buďte v tomto směru velmi opatrný/á. Ošetřujícímu personálu sdělte včas jakoukoli neobvyklou změnu Vašeho stavu, především bolest, pocit slabosti, krev v odcházející z drenu, podezření na změnu polohy katetru apod. Se zavedeným katetrem můžete v některých případech pobývat i v domácím ošetřování, věnujte proto zacházení s ním náležitou pozornost. 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

Radiodiagnostické oddělení

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 mé osobě, pokud jiné právní předpisy toto právo nevyklučují.
- ✓ Nezamlčel/a jsem žádné mně známé údaje o mém zdravotním stavu, které by mohly nepříznivě ovlivnit moji léčbu, či ohrozit mé okolí, zejména rozšířením infekční choroby.
- ✓ Souhlasím s nezbytným použitím omezovacích prostředků, jejichž účelem je odvrácení bezprostředního ohrožení života, zdraví nebo bezpečnosti mé osoby v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb (prováděním zdravotního výkonu).
- ✓ 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 beru 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 porozuměla, a souhlasím s poskytnutím navrhovaných zdravotních služeb (zdravotním výkonem).

V Plzni dne:v hod.

Pacient/ka: **rodné číslo**

Zákonný zástupce: **příbuzenský vztah**

Podpis pacienta/pacientky:

Lékař provádějící poučení
jmenovka, podpis

V případě, že pacient/ka s ohledem na svůj zdravotní stav není schopen/schopna informovaný

souhlas podepsat, z důvodu:

Způsob projevu souhlasu:
(kývnutí hlavy, gestem, očima, jiný způsob)

.....
podpis zákonného zástupce nebo svědka