



INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno a příjmení:	r. č.:
Zákonný zástupce pacienta (jméno, příjmení):	
Označení zdravotního výkonu (popřípadě několika výkonů): DRENÁŽE PATOLOGICKÝCH TĚLNÍCH TEKUTIN POD ULTRAZVUKOVOU KONTROLOU	
Účel, povaha, předpokládaný prospěch, následky a možná rizika zdravotního výkonu: Výkon slouží k odběru tekutiny na další vyšetření nebo k drenáži (zavedení trubičky) tekutin, které zhoršují zdravotní stav pacienta. <u>Komplikací</u> může být celá řada: především krvácení, porušení stěny trávicí trubice, pneumothorax v případě drenáží oblasti hrudníku (proniknutí malého množství vzduchu do pohrudniční dutiny), riziko nežádoucí reakce na podání léčiv na místní znečistlivění, kontrastní látku apod.	
Jiné možnosti, jejich vhodnost, přínosy a rizika: Jinou možností je chirurgické řešení, které je však většinou komplikovanější a pro pacienta náročnější.	
Zdravotní výkon bude probíhat takto: Místo vpichu bude znečistlivěno injekcí místního anestetika, kůže naříznuta ke snadnějšímu zavedení drénu (trubičky). Pod ultrazvukovou kontrolou zavedeme drén k místu patologické tekutiny. Pokud je drén (trubička) uložen správně, což můžeme ověřit odsátím, ultrazvukovou kontrolou nebo aplikací kontrastní látky, ho fixujeme ke kůži stehem nebo fixačním zařízením a napojíme požadovanou drenáž. Vlastní výkon trvá maximálně 30 minut.	
Omezení a doporučení ve způsobu života s ohledem na zdravotní stav a případné změny zdravotní způsobilosti po provedení uvedeného zdravotního výkonu: V závislosti na místě drenáže je někdy nutná hospitalizace do druhého dne, ovšem někdy stačí pouze 2-6 hodinové pozorování a u zcela povrchní drenáže není nutné žádné omezení.	
Další potřebná léčba: Žádná	
Prohlašuji, že lékař, který mi poskytl poučení, mi osobně vysvětlil vše, co je obsahem tohoto písemného informovaného souhlasu a měl/a jsem možnost klást mu otázky, na které mi řádně odpověděl. Prohlašuji, že jsem shora uvedenému poučení a informacím plně porozuměl/a a výslovně souhlasím s provedením tohoto zdravotního výkonu: V případě, že pacient je nezletilý/á nebo s omezenou svéprávností a je přiměřeně rozumově a volně vyspělý/á: Prohlašuji, že jsem byl/a poučen/a v rozsahu, který je uveden výše.	



INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno a příjmení:

r. č.:

Pokud pacientovi nebyly takové údaje poskytnuty, uveďte se důvod jejich neposkytnutí:

V Praze dne

.....

podpis pacienta / zákonného zástupce

.....

jméno, příjmení a podpis lékaře

.....

podpis nezletilého pacienta / pacienta s omezenou svéprávností

Pokud pacient / zákonný zástupce se nemůže s ohledem na svůj zdravotní stav podepsat:

Důvod, pro něž pacient / zákonný zástupce není schopen/a se podepsat:

Způsob, jak pacient / zákonný zástupce projevil/a svou vůli:

.....

jméno, příjmení a podpis svědka

verze číslo:

platnost od:

tisk: