VŠEOBECNÁ FAKULTNÍ NEMOCNICE V PRAZE
U Nemocnice 499/2, 128 08 Praha 2 | IČ: 00064165, tel.: 224 961 111

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno a příjmení:	**r. č.:**
Zákonný zástupce pacienta (jméno, příjmení):	

Označení zdravotního výkonu (popřípadě několika výkonů):

ZAVEDENÍ TUNELIZOVANÉHO PLEURÁLNÍHO KATETRU

☐ **VPRAVO**
☐ **VLEVO**

Účel, povaha, předpokládaný prospěch, následky a možná rizika zdravotního výkonu:

Tunelizovaný pleurální katetr je tenká hadička, která má za cíl odstraňovat přebytečnou tekutinu z vašeho pohrudničního prostoru. Drobný tunýlek v podkoží, kterým bude tunelizovaný katetr procházet má za cíl snížit riziko zánětu, který by se jinak mohl vyvinout při dlouhodobě zavedeném katetru v této dutině.

Výkon má za cíl vyhnout se opakovaným hrudním punkcím a zvýšit kvalitu Vašeho života tím, že si budete schopen/na sám/a regulovat potřebu vypouštění tekutiny z pohrudničního prostoru.

Rizika výkonu s četností více, než 5%:

- Drén (hadička) se může zalomit, nebo ucpat a někdy musí být posunuta či nahrazena jinou.
- U obézních pacientů je vyšší riziko infekce v ráně a vzniku krevní sraženiny.

Vzácná rizika výkonu s četností 1% - 5%:

- Infekce, někdy musí být podávána antibiotika.
- Krvácení z cévky mezi žebry, která může být při výkonu poškozena.
- Podráždění nervu mezi žebry, které může vést k bolesti.
- Otok plíce, který může nastat po odstranění tekutiny, což může vést k dušnosti.

Velmi vzácná rizika s četností nižší, než 1%:

- Zaváděná hadička může poškodit plíce či jiné orgány v dutině hrudní s následným nutným chirurgickým zákrokem.

Jiné možnosti, jejich vhodnost, přínosy a rizika:

Jinou možností je opakování hrudních punkcí, či takzvaná pleurodéza - pokus o slepení pohrudnice s poplicnicí. Pleurodéza je výkon rozsáhlejší a invazivnější (více zatěžující), může však vést k úplnému vymizení tvorby výpotku a tedy odstranění nutnosti jeho vypouštění.

Zdravotní výkon bude probíhat takto:

Oblast hrudní stěny, kde bude drén zaváděn, je nejdříve ošetřena místním umrtvením. Poté lékař zavede tunelizovaný katetr, který následně napojí na systém odsávání výpotku. Hadičku v hrudní stěně zajistí stehem. Po zavedení je někdy vhodné provést rentgenový snímek hrudníku.

Omezení a doporučení ve způsobu života s ohledem na zdravotní stav a případné změny zdravotní způsobilosti po provedení uvedeného zdravotního výkonu:

Vzhledem k podávané analgosedaci (podání krátkodobě působícího silného analgetika a tlumícího léku způsobujícího ospalost) nesmíte po výkonu 12 hodin řídit auto a provádět výkony vyžadující soustředění.

Dostanete informace o ošetřování tunelizovaného katetru a způsobu vypouštění tekutiny z pohrudniční dutiny v domácím prostředí. Steh většinou zůstává v průběhu zavedení katetru na místě. S katetrem se pak můžete sprchovat a dělat všechny běžné aktivity.

V případě, že se produkce tekutiny v pleurální dutině spontánně utlumí, tunelizovaný katetr může být kdykoliv odstraněn.

VŠEOBECNÁ FAKULTNÍ NEMOCNICE V PRAZE
U Nemocnice 499/2, 128 08 Praha 2 | IČ: 00064165, tel.: 224 961 111

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno a příjmení:	**r. č.:**

Další potřebná léčba:
Podle místního nálezu, výsledků vyšetření a aktuálního stavu.

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.

Pokud pacientovi nebyly takové údaje poskytnuty, uvede 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