

# HRUDNÍ DRENÁŽ

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 předchozího vyšetření Vám ošetřující lékař doporučil provedení hrudní drenáže. Máte právo svobodně se rozhodnout o postupu při poskytování zdravotních služeb Vaší osobě, pokud jiné právní předpisy toto právo nevyklučují. K provedení navrhovaného zdravotního výkonu je potřeba Vašeho souhlasu. Pro usnadnění rozhodnutí Vám chceme podat následující informace.

**Důvod provedení výkonu**

Důvodem zákroku je onemocnění pohrudniční dutiny, tedy prostoru mezi hrudní stěnou a plící. Nejčastěji se jedná o výpotek (tekutina v pohrudniční dutině), empyem (hnis v pohrudniční dutině) nebo pneumothorax (přítomnost vzduchu v pohrudniční dutině). Zákrok spočívá v zavedení drénu (odsávací hadičky) do pohrudniční dutiny s následným odsáváním tekutiny nebo vzduchu a případnou další léčbou (podání léčebných látek do pohrudniční dutiny).

**Alternativy (jiné možnosti) výkonu/léčby**

Co se týče jiných metod léčby, záleží vždy na konkrétní situaci a diagnóze. V určitých případech mohou být možné například opakované hrudní punkce (odsávání tekutiny z pohrudniční dutiny jehlou), případně jiné chirurgické zákroky.

**Příprava k výkonu**

Před výkonem informujte lékaře, zda netrpíte alergií (přecitlivělostí) na dezinfekční látky, znečistlivující přípravky či jiné léky, zvýšenou krvácivostí (která může být spojena s léky na „ředění krve“, jejichž užívání musíte hlásit ošetřujícímu lékaři), případně jinou závažnější nemocí. Veškerá vyšetření, která jsou před výkonem nutná, zajistí Váš ošetřující lékař, který také rozhodne o případných režimových opatřeních.

Bezprostředně před výkonem bude provedeno sonografické (ultrazvukové) vyšetření pohrudniční dutiny s označením nejvhodnějšího místa pro hrudní drenáž, v některých případech je před samotným výkonem vhodná diagnostická hrudní punkce.

**Postup při výkonu**

Výkon se obvykle provádí vleže na zdravém boku, případně vleže na zádech při léčbě pneumothoraxu. Po označení nejvhodnějšího místa k drenáži (viz výše) je nutná důkladná dezinfekce (zničení choroboplodných zárodků) místa výkonu i širšího okolí a zakrytí okolí operační rány sterilními rouškami. Poté se pomocí tenké jehličky provede místní znecitlivění kůže i hrudní stěny.

Vlastnímu zavedení drénu předchází cca 1cm dlouhé naříznutí kůže a vytvoření „kanálu“ v hrudní stěně – obojí je již při znecitlivění. Pak již následuje zavedení drénu do pohrudniční dutiny a jeho přichycení ke kůži, obvykle dvěma stehy. Délka trvání celého výkonu je většinou kolem 10 - 15 minut.

**Rizika, následky a možné komplikace výkonu**

Výjimečně může dojít k alergické (z přecitlivělosti) reakci na použité léky, případně ke krvácení z operační rány, vzácnou komplikací je poranění plíce drémem. Bolestivost během výkonu bývá minimální, po výkonu bývá nevelká a obvykle ji lze dostatečně utlumit běžnými léky proti bolesti. Při odsávání výpotku se může přechodně rozvinout pocit tlaku na hrudníku a dráždivý kašel.

V některých případech, zejména je-li výpotek částečně vazivově přeměněn (v pohrudniční dutině jsou tzv. srůsty, které rozdělují výpotek do „kapes“), může být kompletní odsátí výpotku přes drén obtížné až nemožné, pak může lékař doporučit jiný následný chirurgický výkon.

### **Chování po výkonu, možná omezení**

Po dobu, po kterou budete mít zaveden hrudní drén, může dojít k částečnému omezení Vašeho pohybu mimo lůžko. Opustit lůžko (např. na toaletu) můžete pouze se souhlasem lékaře, před odpojením drénu ze systému pro odsávání výpotku je nutno drén zašitípnout peánem (což většinou provádí sestra). **V žádném případě nemůžete drén od systému sání odpojit sami, hrozilo by nasátí vzduchu do pohrudniční dutiny a následný kolaps (splasknutí) plic!**

Doba, po kterou je hrudní drenáž nutná, je různá a závisí na mnoha činitelích - zejména na vlastním onemocnění a jeho průběhu. Obvykle se jedná o několik dní, maximálně o 1 – 2 týdny.

Případné obtíže spojené s hrudní drenáží hlase ihned sestře nebo lékaři.

### **Pokud máte jakékoliv další dotazy, obraťte se na lékaře či sestru.**

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 mé osobě (mému dítěti), pokud jiné právní předpisy toto právo nevylučují.

Nezamířel/a jsem žádné mně známé údaje o mém zdravotním stavu (o zdravotním stavu mého dítěte), které by mohly nepříznivě ovlivnit moji léčbu (léčbu mého dítěte) 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 (mého dítěte) 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 mého (mého dítěte).

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 zbaveného způsobilosti k právním úkonům) byly tomuto pacientovi poskytnuty přiměřeně jeho rozumové a volní vyspělosti.

**POSOUZENÍ ZPŮSOBILOSTI NEZLETILÉHO PACIENTA NEBO PACIENTA ZBAVENÉHO ZPŮSOBILOSTI K PRÁVNÍM ÚKONŮM 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 nebo zákonného zástupce

**Vyplňte v případě, že se pacient/ka nemůže s ohledem na svůj zdravotní stav podepsat (např. pro úraz horní končetiny):**

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

**Způsob projevu vůle (souhlasu):**

- kývnutím hlavy
- gestem: .....
- očima
- jinak: .....

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

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

**Pacient/ka (zákonný zástupce) odmítl/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, uveďte se adresa a datum narození)