

## PUNKCE PLIC TENKOU JEHLOU

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,

k zákroku, který Vám byl doporučen – k punkci plic tenkou jehlou – je potřeba Vašeho souhlasu. Pro usnadnění Vašeho rozhodnutí Vás chceme informovat o přípravě, způsobu provedení, významu i možných komplikacích plánovaného zákroku.

### Důvod provedení výkonu

Důvodem punkce plic je podezření na závažné onemocnění plic nebo postižení jiného orgánu, které se do plic šíří.

### Příprava k výkonu

Před výkonem informujte lékaře, **zda netrpíte alergií na dezinfekční nebo znečítlivující přípravky, zvýšenou krvácivostí, cukrovkou, astmatem nebo jiným onemocněním.** Laboratorní vyšetření krevní srážlivosti, RTG hrudníku a funkční vyšetření plic, které je třeba podstoupit před výkonem, Vám zajistí lékař, který Vám výkon doporučil. **Před punkcí pod CT kontrolou je nutné lačnit 6 hodin. Ranní léky můžete zapít vodou, pokud Váš lékař neurčí jinak.** K výkonu se dostavte bez přívěšků, náušnic a náhrdelníků.

### Postup při výkonu

Punkce plic je zákrok, který umožňuje získat materiál z postiženého ložiska v plicích. Provádí se většinou vleže vpichem tenkou jehlou, která proniká přes kůži mezi žebry do plic. Správné uložení a pohyb jehly je kontrolován pomocí rentgenového přístroje (skiaskop), výpočetní tomografie (CT) nebo ultrazvukového přístroje (sonografie). Odebrané vzorky tkání budou vyšetřeny v laboratořích.

Před punkcí je místo vpichu znečítlivěno injekcí nebo zmrazením. Při zákroku zaujměte doporučenou polohu, nehýbejte se a dýchejte dle pokynů lékaře. Po zákroku Vám bude proveden kontrolní rentgenový snímek hrudníku.

### Rizika a možné komplikace výkonu

Při punkci plic může dojít ke zhoršení dechu nebo drobnému krvácení z místa vpichu. I přes znečítlivění se může objevit mírná bolest, při abnormálním průběhu mezižeberního nervu. Vzácně se může objevit vykašlání malého množství krve. Zcela výjimečně může po zákroku dojít ke kolapsu plíce. V těchto případech je nutné odsát vzduch z pohrudniční dutiny nebo na velmi krátkou dobu zavést do pohrudniční dutiny drén, aby se plíce opět roztáhla.

### Chování po výkonu, možná omezení

**Po zákroku je nutné dodržet 12 hodin klidový režim vleže na nemocničním lůžku.** Pokud se vyskytnou jakékoliv komplikace, informujte sestru nebo lékaře.

Pokud máte v souvislosti s punkcí plic tenkou jehlou jakékoliv otázky, 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, 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 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 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 SVÉPRÁVNOSTÍ 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 (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):**



Pacient/ka: .....

Rodné číslo: .....

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

.....  
**Náhradní způsob projevu vůle (souhlasu):**

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

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

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