

PLEURODÉZA

Pacient/ka: Narozen/a:
titul jméno příjmení

Rodné číslo (číslo pojistěnce): / 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/ka doporučil/a provedení pleurodény. Máte právo svobodně se rozhodnout o postupu při poskytování zdravotních služeb, 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

Pleurodéma bývá indikována obvykle v případě, že se Vám tvoří pohrudniční výpotek (laicky označovaný jako „voda na plicích“), vzácněji při jiných diagnózách, například při nehojícím se pneumotoraxu (= kolaps, „vyfouknutí“ plíce). Termínem „Pleurodéma“ rozumíme, že do pohrudničního prostoru, tedy do prostoru mezi hrudní stěnou a plíci, podáme látku, která by měla způsobit, že se plíce přilepí k hrudní stěně a zamezí se tak další tvorbě výpotku či kolabování (vyfukování) plíce.

Alternativy (jiné možnosti) výkonu / léčby

Jednou z alternativ je opakované provádění hrudních punkcí (=opakované odsávání výpotku z pohrudničního prostoru pomocí jehly). Další možností je zavedení tenkého drénu (tenké hadičky), přes který může být za určitých podmínek výpotek dlouhodoběji odsáván. Pokud Vás výpotek významněji neobtěžuje, je možné neprovádět žádný výkon. Všechny postupy mají svá pozitiva i negativa, blíže budete o alternativách a jejich rizicích informován ošetřujícím lékařem.

Příprava k výkonu

Před provedením pleurodény je nutné provést hrudní drenáž (zavedení hadičky do hrudníku), eventuálně torakoskopii (zavedení optického systému do pohrudničního prostoru). O těchto výkonech budete (nebo jste již byli) informováni zvlášť. Je nutné zcela odsát tekutinu či vzduch z pohrudničního prostoru, aby došlo k úplnému rozvinutí plíce až k hrudní stěně. Do pohrudničního prostoru před pleurodézou podáme léky, které oblast znecitliví. Podáme Vám i jiné léky proti bolesti. Před výkonem proto informujte lékaře, zda netrpíte alergií (přecitlivělostí) na znecitlivující přípravky či jiné léky.

Postup při výkonu

Při pleurodézě aplikujeme do hrudníku určitou látku, obvykle se jedná talek (=mastek). Přítomnost talku (eventuálně jiné použité látky) v pohrudničním prostoru vyvolá v tomto prostoru zánět, v jehož důsledku se plíce přilepí k hrudní stěně. Pohrudniční prostor tak zanikne a výpotek se v něm nemůže dále tvořit. Po aplikaci léku do pleurálního prostoru je výhodné, pokud se budete v lůžku otáčet dle doporučení ošetřujícího personálu. Poté, co se přestane tvořit výpotek, je obvykle možné odstranit hrudní drén, přes který byla pleurodéma provedena.

Rizika, následky a možné komplikace výkonu

Může dojít k reakci na podávané znecitlivující léky. Po pleurodézě může dojít k rozvoji známek zánětu, jako je zvýšená teplota či bolest pleurodézou léčené strany hrudníku, může dojít k poklesu krevního tlaku. Extrémně vzácné jsou výrazné celkové reakce. Přechodně se Vám může hůře dýchat, můžete se cítit unaveni, zesláblí. Obtíže obvykle během několika dní odezní. Efekt pleurodény nemusí být úplný, v některých případech se může výpotek i přes pleurodému dále doplňovat.

**Chování po výkonu, možná omezení**

Jak již bylo uvedeno výše, bezprostředně po výkonu je vhodné otáčet se na lůžku dle doporučení ošetřujícího personálu. Dále je nutné hlídat si zavedený hrudní drén – v tomto směru budete/jste byli poučeni zvlášť. Do jednoho týdne od výkonu nesmíte užívat protizánětlivé léky, jako je např. ibuprofen či kortikoidy, o veškerých lécích, které užíváte, musí vědet Váš ošetřující lékař. Léky s protizánětlivým účinkem mohou snížit účinnost pleurodézy. Je vhodné provádět rehabilitaci dechu. Jiná režimová opatření obvykle nejsou nutná.

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 nevylučují.

Nezamířel/a jsem žádné mně známé údaje o zdravotním stavu, které by mohly nepříznivě ovlivnit 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 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 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 SVÉPŘÁVNOSTÍ 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.



Pacient/ka:

Rodné číslo:

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):

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

Náhradní způsob projevu vůle (souhlasu):

kývnutím hlavy

gestem:

očima

jinak:

Svěděk:

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

Svěděk:

jméno a příjmení

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