

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 tkáně 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 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 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)



Pacient/ka:

Rodné číslo:

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 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 Plzeň, uveďte se adresa a datum narození)