

Chování po výkonu, možná omezení

Po výkonu přes drén obvykle odsajeme výpotek z pohrudničního prostoru, aby se Vám lépe dýchalo. Poté se drén dočasně uzavře.

Přes drén se v dalších dnech podle potřeby odsává výpotek, je-li drén kvalitně tunelizován, je možno ponechat jej dlouhodoběji a v určitých případech Vás můžeme s drénem propustit do domácí péče, v takovém případě platí následující informace:

Výpotek z drénu může být v domácí péči odsáván pouze osobou k tomuto proškolenou.

Vždy je nutno mít na paměti, že máte v hrudníku zavedenou hadičku! Pokud z drénu není odsáván výpotek, je nutno, aby byl uzavřen. Pokud by se kohout drénu otevřel, může dojít k rozvoji pneumotoraxu (tedy splasknutí plíce) – v takovém případě je nutné kohout ihned uzavřít, případně se pokusit odsát z hrudníku přes drén vzduch, který tam mohl proniknout – zacházení s drénem Vás (a Vámi doporučenou osobu) naučíme před propuštěním z našeho pracoviště, v případě nejasností se můžete kdykoliv zeptat našeho personálu.

Drén samotný by Vás měl obtěžovat jen minimálně, je možné s ním pokračovat v obvyklém způsobu života, je ale nutné vyvarovat se pohybů, které by mohly drén poškodit či které by mohly způsobit jeho vytažení (prudké převalování na lůžku v bdělém stavu, prudké vstávání, posunování na zádech při ležení na drénu). Drén by měl být mimo období převazů a hygieny vždy sterilně kryt.

Dojde-li k rozvoji jakýchkoliv obtíží spojených s drenáží (například odsávání vzduchu či krve z drénu, bolesti či výraznější zarudnutí v místě drénu) či přestane-li být možné z drénu odsávat výpotek, je nutná kontrola drénu na našem pracovišti. Je-li to možné, informujte nás předem na tel. +420 725 381 249 (konziliární lékař – dostupný 24 hodin denně), bude domluven další postup.

Dojde-li k náhlému zhoršení Vašeho stavu, zejména k rozvoji dušnosti (pocit nedostatku dechu či nutnosti zvýšeného dýchacího úsilí) či bolestem na hrudníku, je nutno volat zdravotnickou záchrannou službu (155).

Informace o implantovaném zdravotnickém prostředku

Podrobná informace o tom, jak pečovat o zavedený drén, Vám bude poskytnuta formou samostatné přílohy k tomuto písemnému informovanému souhlasu, Vy a dle potřeby i Vaši blízcí, budete osobně poučeni ošetřujícím personálem našeho pracoviště, bude proveden nácvik práce s drénem. Toto poučení je dle Vaší potřeby možno zopakovat.

Dovoluujeme 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)

By/la 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.

Nezamlčel/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.)



Pacient/ka:

Rodné číslo:

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:

.....
jménovka (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 adresa a datum narození)

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

Pacient/ka (zákoný zástupce) odmítl/a tento souhlas podepsat.

Lékař/ka (zdravotnický pracovník) poskytující údaje a poučení:

.....
jménovka (hůlkovým písmem nebo razítkem)

ZOK

podpis

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