

## INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTA S VÝKONEM

# Punkce ascitu

Vážená paní/pane,

Vaše onemocnění způsobilo nahromadění tekutiny v břišní dutině (ascitu). Tuto tekutinu je nutno z dutiny břišní odstranit a to z léčebných, ale i diagnostických důvodů. Proto Vám ošetřující lékař doporučil podrobit se punkci ascitu. Před tímto zákrokem budete ošetřujícím lékařem informován/a o povaze výkonu, jeho přínosu ke zjištění příčiny Vašich obtíží, jeho výhodách a nevýhodách oproti jiným vyšetřovacím postupům, jeho možných komplikacích a rizicích.

### **Proč se punkce ascitu provádí**

Dosud provedená vyšetření budí podezření na to, že máte tekutinu v dutině břišní, kterou je nutné odstranit a vzorek tekutiny podrobit dalším rozborům.

### **Jak se připravit**

K vyšetření není nutná prakticky žádná příprava. Lékaře vždy sami informujte o tom, jaké léky užíváte. Zvláště je nutné upozornit na léky, které snižují srážlivost krve jako je například Anopyrin, Plavix, Warfarin, Lawarin atd, jejichž užití před zákrokem by mohlo vést ke zvýšenému riziku krvácení při provádění výkonu. Též upozorněte lékaře na alergie, pokud nějakými trpíte.

### **Jak vyšetření probíhá**

Prvním krokem je provedení ultrazvukového vyšetření břicha, které zaměří nejvhodnější místo ke vpichu se zavedením bioptické jehly.

Místo vpichu bioptické jehly do břicha znecitlivíme anestetickou injekcí. Zavedeme jehlu a vypustíme tekutinu pomocí sání do sběrné nádoby. Změříme její množství, a provedeme potřebná laboratorní vyšetření, která pomohou určit charakter tekutiny a tak napomohou při ozřejmení příčiny jejího vzniku. Po výkonu budeme sledovat Váš zdravotní stav. Dodržení klidu na lůžku po výkonu je nutné.

### **Komplikace**

Jako každý jiný invazivní lékařský zákrok je i punkce ascitu spojena s určitými riziky.

Po zákroku se může přechodně objevit bolest v místě vpichu, na kterou na Vaše požádání zareagujeme podáním léků proti bolesti.

Další možnou komplikací může být krvácení do dutiny břišní po vpichu jehly, které je většinou jen malé. Vzácně může dojít k poranění či perforaci střeva se vznikem zánětu pobřišnice. Tyto komplikace se mohou projevit bolestí břicha, pocitem na zvracení, zvracením, teplotou. Pokud se u Vás tyto potíže po výkonu objeví, je nutno okamžitě kontaktovat ošetřujícího lékaře. Neprodleně bude doplněn rentgenový snímek a ultrazvukové vyšetření břicha spolu s krevními rozborů ve snaze potvrdit nebo vyloučit přítomnost výše popsanych komplikací. Při průkazu výše popsanych komplikací nelze předem vyloučit nutnost provedení břišní operace s cílem ošetřit poraněné střevo. Tyto komplikace nejsou při punkci ascitu příliš časté, ale její vznik nelze zcela vyloučit. Výjimečně může dojít k zavlečení infekce do dutiny břišní. Tato komplikace je vzácná a lze ji řešit podáním účinných antibiotik.

### **Alternativy punkce ascitu**

Alternativou může být podání léků na odvodnění - diuretik, která vedou k vyloučení ascitu močí. Tato léčba však není stejně účinná a může být komplikována nežádoucími účinky těchto léků. Stejně tak neumožní vyšetření ascitu, které určí povahu Vašeho onemocnění.

**Vážená paní/pane,**

naše stručná informace jistě nemůže být vyčerpávající. Ptejte se proto, prosím, svého ošetřujícího lékaře (eventuálně operátora/anesteziologa) na všechno, co Vás ve vztahu k ambulantnímu výkonu zajímá.

Ujišťujeme Vás, že učiníme vše proto, aby váš výkon proběhl bez komplikací.

**PROSÍME, PTEJTE SE NA VŠECHNO, CO SE VÁM ZDÁ DŮLEŽITÉ!**

Přejeme Vám, ničím nekomplikovaný pobyt v našem zdravotnickém zařízení.

Pacient/ka: ..... RČ: ..... Oddělení: .....

Bytem: .....

Zákonný zástupce/opatrovník: ..... RČ: .....

Bytem: .....

Podpisem tohoto dokumentu prohlašuji, že po dostatečném čase na rozmyšlenou s doporučeným výkonem po podrobném vysvětlení lékaře výslovně souhlasím a jsem si vědom/a všech možných rizik souvisejících s navrženým postupem. Jsem si vědom/a rovněž toho, že určitá rizika existují při každé léčbě, a že je nelze vždy a přesně určit.

Lékař mě v pohovoru podrobně seznámil s mým zdravotním stavem a s potřebností doporučeného výkonu, byl/a jsem informován/a a poučen/a o možnosti vzniku i výjimečně se vyskytujících závažných komplikací souvisejících s doporučeným výkonem a i přesto s tímto výkonem výslovně souhlasím. Též jsem byl/a informován/a o možných variantách zákroku, jeho následcích a komplikacích.

Byl/a jsem rovněž podrobně poučen/a o možných důsledcích odmítnutí souhlasu s doporučeným výkonem. Dále potvrzuji, že mi byla dána možnost klást lékaři jakékoli, byť i nejbanálnější (nejjednodušší) dotazy související s doporučeným výkonem a lékař všechny mé dotazy srozumitelně zodpověděl, přičemž nyní nemám již žádné další otázky.

Jsem si rovněž vědom/a toho, že provedení doporučeného výkonu mohu podstoupit i v jiném zdravotnickém zařízení.

Dále potvrzuji, že jsem lékaři nezamlčel/a žádné mně známé údaje o mém zdravotním stavu. Jsem si vědom/a, že zamlčení jakýchkoli údajů o mém zdravotním a sociálním stavu, by mohlo nepříznivě ovlivnit moji léčbu, či ohrozit mé okolí, zejména rozšířením přenosné choroby. Potvrzuji rovněž, že mě lékař předem poučil o právu nebýt informován/a o mém zdravotním stavu a o potřebných výkonech.

Podpisem tohoto dokumentu prohlašuji, že se cítím dostatečně poučen/a, po psychické a fyzické stránce se cítím zcela způsobilý/á podepsat tento dokument, chápu právní význam tohoto dokumentu, plně mu rozumím a podepisuji jej zcela vážně a bez výhrad, ze své vlastní svobodné vůle.

Současně prohlašuji, že v případě výskytu neočekávaných komplikací, vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků nutných k záchraně mého života nebo zdraví souhlasím s tím, aby byly provedeny veškeré další potřebné a neodkladné výkony nutné k záchraně mého zdraví. V případě potřeby souhlasím i s podáním nezbytné transfuze krve.

Podpis pacienta/zákonného zástupce/opatrovníka\*: .....

Já, níže podepsaný(á), MUDr. ...., potvrzuji, že pacient(ka)/zákonný zástupce/opatrovník \* byl(a) podrobně seznámen(a) se zdravotním stavem a s doporučeným výkonem a byl(a) informován(a) o možných komplikacích spojených s tímto výkonem, včetně všech důsledků odmítnutí tohoto výkonu.

V Chrudimi dne: ..... v .....hod. Podpis lékaře: .....

Jmenovka a podpis svědka: .....

\* nehodící se škrtněte