

## INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTA S VÝKONEM

# Sternální punkce

### **Vážená paní/pane,**

rozhodl/a jste se na doporučení Vašeho ošetřujícího lékaře podrobit hrudní punkci.. Před tímto vyšetřením 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. Tento materiál by Vám měl podat základní informaci o tomto typu vyšetřovacího postupu a měl by být vodítkem k Vašemu dalšímu rozhovoru s ošetřujícím lékařem.

### **Proč se sternální punkce provádí**

Při podezření na krevní onemocnění.

### **Jak se připravit**

K vyšetření není nutná prakticky žádná příprava. Vyšetření se obvykle provádí za hospitalizace , ale je možné je provést i ambulantně.

### **Jak vyšetření probíhá**

Vyšetření kostní dřeně patří k běžným úkonům v hematologii. Nevhodnější a nejpřístupnější místo k provedení punkce je hrudní kost.

### **Provedení**

Sternální punkce se provádí ve střední čáře hrudní kosti ve výši 2 - 3 mezižebří nebo v oblasti rukojeti hrudní kosti. Nemocného uložíme na vyšetřovací stůl, krajinu hrudí kosti omyjeme , případně vyholíme provedeme desinfekci místa vpichu punkční jehly a provedeme místní umrtvení. Pak zavedeme punkční jehlu do hrudní kosti a stříkačkou natáhneme malé množství kostní dřeně, který použijeme k diagnostickým účelům. Ošetříme místo vpichu po provedené punkci. Po výkonu sestra pacienta sleduje.

### **Možné komplikace**

Absolutní bezrizikovitost svých opatření nemůže zaručit žádný lékař. Může být přechodná bolest v místě vpichu. Pokud se dostaví, lze ji utišit podáním běžných prostředků proti bolesti nebo drobné krvácení do podkoží, které se vstřebává do několika dnů. Ze závažnějších komplikací se popisují krvácení po vpichu do dutiny hrudní. Projeví se intenzivní poměrně náhle vzniklou bolestí na hrudníku.. Pokud by tato komplikace nastala je nutno okamžitě kontaktovat nás či ošetřujícího lékaře. Pravděpodobnost této komplikace je minimální, na našem pracovišti se zatím nevyskytla.

### **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 mohou 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 jakýchkoliv 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