

Po ukončení výkonu Vám bude vpich sterilně ošetřen. Výkon většinou trvá kolem 30 minut.

4 Následky a možná rizika výkonu

Metoda využívá k vyšetření rentgenového záření. Dávka záření při CT výrazně převyšuje dávku běžného rentgenového snímku téže oblasti těla. Na druhé straně: přínos CT pro přesné zavedení drénu většinou mnohonásobně převyšuje výtěžnost běžného snímku. Rentgenové záření může za určitých okolností škodit zdraví. Přínos vyšetření však významně převyšuje riziko těchto škod. V případě těhotenství vyšetřované osoby může však dojít navíc k ohrožení plodu, musíte proto ještě před vyšetřením upozornit na vlastní těhotenství nebo podezření na něj.

Při drenáži pod CT kontrolou se často podává do žíly kontrastní látka, jejíž hlavní součástí je jód. Je proto nutné, abyste upozornil/a jak indikujícího lékaře, tak personál CT pracoviště, že máte alergii jakéhokoli typu, zejména na zmíněný jód. Důležité jsou i informace o případných Vašich dalších chorobách, se kterými indikující lékař nebyl dosud seznámen.

Někteří pacienti trpí pocitem strachu z malých prostorů (klaustrofobie), na tento problém musíte včas upozornit indikujícího lékaře, neboť může výkon zcela znemožnit.

Během zavádění bioptické jehly může vzácně dojít k porušení stěny některého vnitřního orgánu, které může velmi vzácně vyústit až v chirurgickou operaci (krvácení, infekce, "splasknutí" plíce a jiné). Případy úmrtí v důsledku podobné komplikace jsou extrémně vzácné.

K určitým komplikacím by mohlo dojít při nápichu žilní kanyly, pokud je Vám pravidelně podáván lék snižující srážlivost krve. Víte-li o této skutečnosti, informujte personál CT pracoviště (jedná se však především o povinnost indikujícího lékaře).

Nežádoucí účinky aplikace kontrastní látky do žíly

Nejběžnějším a téměř pravidelným nežádoucím účinkem podání kontrastní látky do žíly je pocit horka nastupující po celém těle v průběhu aplikace nebo těsně po ní. Nával horka bývá obvykle nepříjemný, není však nebezpečný a po několika desítkách vteřin odezní.

Mnohem závažnějším nežádoucím účinkem jsou alergické reakce různého typu, které mohou nastat i u pacientů s do té doby naprosto nulovou alergickou anamnézou. Nejméně závažnou formou alergie je svědicí vyrážka kdekoli po těle, která se může objevit již v průběhu vyšetření nebo krátce po něm. Závažnější formou je dušnost, pocit dechové tísně nebo pocit otoku hrdla. Nejzávažnější formou alergické reakce je anafylaktický šok, který extrémně vzácně může skončit i smrtí (1 na 60000 aplikaci).

Je zcela nezbytné ohlásit personálu, který Vaše vyšetření bude provádět, jakékoli nepříjemné pocity, které by se během vyšetření objevily.

5 Jako alternativy shora uvedeného výkonu lze provést

Údaje o tom, zda navrhovaný zdravotní výkon má nějakou alternativu (jinou možnost) a zda máte možnost si zvolit z několika alternativ, Vám/Vašemu dítěti poskytl ošetřující lékař/ka, který doporučil provedení tohoto zdravotního výkonu

6 Doporučený výkon má oproti uvedeným alternativám tyto a) výhody b) nevýhody

a) výhody:

b) nevýhody: výše zmíněná rizika v odstavci: Následky a možná rizika výkonu

7 Chování po výkonu, možných omezeních, údaje o léčebném režimu a preventivních opatřeních, která jsou vhodná a o poskytnutí dalších zdravotních služeb.

Výkon se provádí pouze za hospitalizace. Po výkonu bude nutné setrvat na lůžku alespoň do druhého dne po výkonu. Trvale Vám bude k dispozici personál nemocnice, který neváhejte upozornit na jakoukoli neobvyklou změnu Vašeho stavu. Při drenáži výrazněji prokrvených orgánů Vám bude pravidelně měřen krevní tlak.

Kdyby se po propuštění z nemocnice objevily vzácné komplikace jako krvácení z vpichu, zarudnutí okolo vpichu, značné pnutí nebo teplota, neváhejte ihned vyhledat lékařskou pomoc včetně event. kontaktování rychlé lékařské pomoci.

Pokud Vám jakákoli část tohoto poučení není jasná, zodpoví Vaše dotazy indikující lékař nebo před vyšetřením lékař, který Vám bude provádět vyšetření

8 Údaje o souhlasu s poskytnutím dalších alternativních výkonů v případě neočekávaných komplikací v průběhu prováděného výkonu (včetně transfuze krve).

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.

9 Prohlášení pacienta/ky nebo zákonného zástupce

- a) Byl/la jsem poučen o svém právu svobodně se rozhodnout o postupu při poskytování uvedeného zdravotního výkonu.
- b) Byl/a jsem seznámena s údaji o účelu, povaze, předpokládaném prospěchu, následcích a možných rizicích navrhovaných zdravotních služeb (zdravotního výkonu)
- c) Byl/la jsem seznámen/a s alternativami (jinými možnostmi) navrhovaných zdravotních služeb (zdravotního výkonu), s jejich výhodami a riziky a měl/la jsem možnost si jednu z alternativ zvolit (pokud tato možnost volby existuje a pokud výkon nepodléhá zvláštním právním předpisům
- d) Byl/la 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
- e) Byl/la jsem seznámen/a s léčebným režimem, vhodnými preventivními opatřeními a s možnými kontrolními zdravotními výkony
- f) Byl/a jsem poučen/a o právu svobodně se rozhodnout o postupu při poskytování zdravotních služeb, pokud jiné právní předpisy toto právo nevylučují
- g) Nezamlčel/la jsem žádné mně známé údaje o zdravotním stavu, které by mohly nepříznivě ovlivnit léčbu či ohrozit mé okolí, zejména rozšířením infekční choroby
- h) 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
- i) 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).
- j) 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).
- k) 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).

10 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.

11 Prohlášení indikujícího lékaře

Prohlašuji, že jsem řádně informoval výše uvedeného pacienta (zákonného zástupce) o účelu, povaze a alternativách plánovaného vyšetření způsobem, který byl dle mého soudu pro něj srozumitelný. Dále jsem ověřil kontraindikace vyšetření.

Jmenovka (razítko nebo čitelně hůlkovým písmem)

podpis

12 Prohlášení provádějícího lékaře

Prohlašuji, že jsem řádně informoval výše uvedeného pacienta (zákonného zástupce o provedení, rizicích a možných komplikacích plánovaného vyšetření způsobem, který byl dle mého soudu pro něj srozumitelný. Dále jsem ověřil kontraindikace lékařského ozáření.

Jmenovka (razítko nebo čitelně hůlkovým písmem

podpis

13 Souhlas pacienta

Prohlašuji a svým vlastnoručním podpisem stvrzuji, že lékař, který mně poskytl poučení, vše mi osobně vysvětlil, porozuměl/a jsem sdělenému, měl/a jsem možnost klást doplňující otázky, na které mně bylo řádně odpovězeno. Bylo mi umožněno si vše řádně a v dostatečné časové lhůtě rozvážit. Svým podpisem projevuji výslovný souhlas s provedením zákroku.

Lékař/ka provádějící poučení: _____ Podpis: _____

Pacient/ka^{*)}: _____ Podpis: _____

Zákonný zástupce^{*)}: _____ Podpis: _____

V Rokycanech dne: _____ hod.: _____

13.1 Pacient/ka není schopen/a podpisu.

Svůj souhlas vyjádřil(a)^{*)}:

Způsob projevu vůle:

kývnutím hlavy gestem: očima jinak:

Jméno, příjmení a podpis svědka

Jméno, příjmení a podpis lékaře

13.2 Pacient odmítl podepsat souhlas

Vyplňte v případě, že pacient/ka (zákonný zástupce) odmítl souhlas podepsat.

Lékař/ka provádějící poučení: _____ Podpis: _____

Svědék: _____ Podpis: _____

Poznámka: ^{*)}nehodící se škrtněte

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