**Razítko pracoviště**

**Informovaný souhlas pacienta**

**s poskytnutím zdravotních služeb (zdravotních výkonů)**

**Příjmení:**

**Jméno:**

**RČ pacienta:**

***1. Název zdravotního výkonu:***

* Punkce ascitu

***2. Diagnóza, která vede k provedení zdravotního výkonu:***

* Patologický výpotek v břišní dutině

***3. Informace o potřebném zdravotním výkonu, včetně údaje o jeho účelu, povaze, předpokládaném prospěchu a následcích:***

* Účelem i následkem provedení zákroku je vypuštění tekutiny z břišní dutiny speciálním nástrojem majícím charakter velké jehly (troakarem) zavedeným přes břišní stěnu v lokálním znecitlivění do břišní dutiny a eventuelně zavedení katétru pro tzv. intraperitoneální chemoterapii, je-li tato plánována. Na konci zákroku se aplikuje na místo vpichu troakaru vstřebatelný steh. Prospěch zákroku spočívá zejména ve zmenšení objemu břicha s následnou úlevou při dýchání.

***4. Rizika zdravotního výkonu:***

zejména

* poranění cévy v břišní stěně při punkci s nutností operační revize
* poranění orgánů v dutině břišní
* pocit nevolnosti, zvracení
* zánětlivé komplikace v ráně a v dutině břišní
* vytvoření metastázy nádoru v jizvě
* bolesti po výkonu
* žilní a oběhové komplikace po výkonu

***5. Alternativy zdravotního výkonu:***

* + nejsou

***6. Údaje o možném omezení v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti po provedení příslušného zdravotního výkonu, lze-li takové omezení předpokládat; v případě možné nebo očekávané změny zdravotního stavu též údaje o změnách zdravotní způsobilosti:***

* jsou dána základním onemocněním

 ***Předpokládaná doba hospitalizace:***

* je dána základním onemocněním

***Předpokládaná doba trvání pracovní neschopnosti:***

* je dána základním onemocněním

***Předpokládaná omezení v běžném způsobu života:***

* jsou dána základním onemocněním

***Předpokládané změny zdravotní způsobilosti:***

* výkon samotný neovlivňuje zdravotní způsobilost

***7. Údaje o léčebném režimu a preventivních opatřeních, která jsou vhodná, a údaje o poskytnutí dalších zdravotních služeb (zdravotních výkonů):***

* Stehy z břišní stěny je nutné odstranit za 7 dnů po punkci ascitu. Ránu je možné sprchovat a mýt mýdlem od druhého dne.

***8. Poučení pacienta:***

Pacient má právo se svobodně rozhodnout o postupu při poskytování zdravotních služeb, pokud právní předpisy toto právo nevylučují.

***9. Záznam o poučení pacienta, jemuž bude implantován zdravotnický prostředek***

Lékař prohlašuje, že poskytl pacientovi podrobnou informaci obsahující údaje, které umožňují identifikaci zdravotnického prostředku (včetně jeho příslušenství), který bude u pacienta implantován, spolu s pokyny týkajícími se bezpečnosti pacienta a jeho chování, včetně toho, kdy má pacient vyhledat lékaře a kterým vlivům prostředí by se neměl vystavovat vůbec nebo jen při dodržování vhodných preventivních opatření.

***10. Odpovědi na doplňující otázky pacienta:***

***Prohlášení lékaře:***

 Prohlašuji, že jsem výše uvedeného pacienta srozumitelným způsobem a v dostatečném rozsahu informoval o jeho zdravotním stavu a o veškerých shora uvedených skutečnostech, o navrženém individuálním léčebném postupu a všech jeho změnách, včetně upozornění na možné komplikace. Pacient byl seznámen s plánovaným způsobem anestézie (sedace), bude-li použita.

V Praze, dne……………. ……………………………

**Podpis a jmenovka lékaře**

***Prohlášení a souhlas pacienta:***

Já, níže podepsaný, prohlašuji, že jsem byl lékařem srozumitelně a v dostatečném rozsahu informován o svém zdravotním stavu a o veškerých shora uvedených skutečnostech. Údaje a poučení mi byly lékařem sděleny a vysvětleny, porozuměl jsem jim a měl jsem možnost klást doplňující otázky, které mi byly lékařem srozumitelně zodpovězeny. Na základě poskytnutých informací a po vlastním zvážení souhlasím s provedením zdravotního výkonu (viz výše), případně s použitím uvedené anestézie (sedace), včetně provedení dalších zdravotních výkonů, pokud by jejich neprovedení bezprostředně ohrozilo můj život nebo zdraví.

Současně také prohlašuji, že jsem lékaři sdělil všechny mně známé důvody, které by mohly zkomplikovat klidný průběh zdravotního výkonu (zejména užívané léky, alergie a všechna přidružená onemocnění).

V Praze, dne……………

 …………………………... ………………………………….

**Podpis pacienta Podpis osoby určené pacientem, manžela nebo registrovaného partnera, rodiče, jiné osoby blízké**

 **(Zástupný souhlas)**

***Identifikace osoby udělující zástupný souhlas:***

Jméno a příjmení: .……………………...……………….Datum narození: .………………….

Vztah k pacientovi: .…………………………………………………………………………….

***Nemůže-li se pacient podepsat, podepíše se svědek, který byl přítomen projevu souhlasu:***

Jméno a příjmení svědka: ………………………………………………………………………

Důvod nepodepsání souhlasu: …………………………………………………………………..

Způsob, jakým pacient projevil vůli:…………………………………………………………...

V Praze, dne ……………….. **………………………….. ……………………………..**

 **Podpis svědka Podpis a jmenovka lékaře**