

SOUHLAS S POSKYTNUTÍM ZDRAVOTNÍ SLUŽBY (punkce nosních dutin)

POSKYTOVATEL ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB:

Název poskytovatele	Centrum zdravotní péče Jirny (provozovatel: INC, a.s.)
Adresa poskytovatele	Tovární 19, 250 90 Jirny
Odbornost poskytovatele	
Lékař	

PACIENT (ZÁKONNÍ ZÁSTUPCI):

Příjmení, jméno, titul	
Rodné číslo	
Adresa bydliště	
Zákonný zástupce – 1	
Zákonný zástupce – 2	

INFORMACE O ZDRAVOTNÍ SLUŽBĚ

Účelem punkce je léčebná evakuace (vyprázdnění) náplně punktované tkáně (orgánu), eventuelně odběr punktátu na mikrobiologické vyšetření.

Punkci provádí lékař z dolního nosního průduchu po předchozím místním znecitlivěním zasahujícího místa. Lékař do nosu nastříká či vloží na vatových tampóncích roztok, který nos znecitliví. Pacient je v poloze v sedě se zakloněnou hlavou. Poté lékař pronikne nástrojem, který připomíná tlustou jehlu, přes tenkou kostěnou stěnu mezi dutinou nosní a čelistní dutinou. Pacient může pociťovat nepříjemné křupnutí. Lékař čelistní dutinu vypláchne fyziologickým roztokem nebo borovou vodou, ohřáté na tělesnou teplotu. Pacient posléze v poloze v předklonu a s uzavřením druhé nosní dírky vysmrkává obsah dutiny. Lékař výplach provádí do normálního nálezu odtékajícího obsahu. V indikovaných případech může lékař dutinu vypláchnout roztokem s antibiotiky. Punkci je v ojedinělých případech nutné s odstupem několika dní opakovat.

INFORMACE O MOŽNÝCH KOMPLIKACÍCH

Po punkci může krátkodobě přetrvávat krvácení z nosu, či může dojít k otoku tváře, či trnutí zubů

Po provedení punkce by pacient neměl prudce vysmrkávat pro možnost krvácení

Po podání lokálního anestetika může u pacienta dojít k alergické reakci. Pacient může mít pocit nespecifické závratě nebo malátnosti, u vegetativně labilních pacientů může dojít až ke kolapsu.

S O U H L A S P A C I E N T A

Já, níže podepsaný(á), prohlašuji, že jsem byl(a) lékařem srozumitelně informován(a) a poučen(a) o výkonu aspirační biopsie štítné žlázy včetně upozornění na možné komplikace. Při poučení jsem měl(a) možnost klást dotazy. Veškeré mé dotazy mi byly zodpovězeny. Poučení jsem porozuměl(a) a na základě poskytnutých informací a po vlastním zvážení souhlasím s provedením výkonu aspirační biopsie štítné žlázy.

datum

podpis pacienta

Zákonní zástupci u nezletilého pacienta:

podpis zákonného zástupce – 1

podpis zákonného zástupce - 2