

Informovaný souhlas pacienta s provedením zdravotního výkonuPlánovaný výkon: **PUNKČNÍ BIOPSIE POD CT NEBO ULTRAZVUKOVOU KONTROLOU**

Jméno a příjmení pacienta: RČ:

Seznámení provádějící lékař:

Jméno a příjmení zákonného zástupce*:

Prohlašuji, že jsem četl přílohu, která je nedílnou součástí tohoto informovaného souhlasu, a že mi bylo lékařem sděleno a vysvětleno:

- účel, povaha, předpokládaný prospěch, následky a možná rizika zdravotního výkonu,
- zda plánovaný zdravotní výkon má nějakou alternativu a zda mám možnost zvolit si jednu z alternativ,
- možná omezení v obvyklém způsobu života a pracovní schopnosti po provedení příslušného zdravotního výkonu a případné změny zdravotní způsobilosti,
- údaje o léčebném režimu a preventivních opatřeních, která jsou vhodná, o provedení kontrolních zdravotních výkonů,
- možné omezení volného pohybu v souvislosti s provedeným zdravotním výkonem.

Prohlašuji,

- že jsem byl seznámen se všemi způsoby možné léčby mého onemocnění a o jejich rizicích a uvědomuji si, že určitá rizika existují při každé léčbě a že je nelze vždy přesně určit,
- že souhlasím s provedením zvoleného způsobu zdravotního výkonu stejně jako s nutnými vyšetřeními a vedlejšími výkony. Jsem srozuměn s případnými možnými změnami v léčbě nebo možným rozšířením zákroku,
- že pokud změním své stanovisko k předpokládané léčbě, sdělím včas tuto skutečnost lékaři,
- že 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,
- že souhlasím s nezbytným omezením volného pohybu v souvislosti s provedeným zdravotním výkonem.

V případě, že jsem zákonný zástupce nezletilého pacienta, pacienta zbaveného způsobilosti k právním úkonům nebo pacienta s omezenou způsobilostí k právním úkonům, svým podpisem stvrzuji, že shora uvedené informace byly poskytnuty v přiměřeném rozsahu a formě také pacientovi.

Poté, co jsem měl/a možnost klást doplňující otázky a zeptat se na vše, co pokládám za podstatné, a moje dotazy mi byly lékařem zodpovězeny, prohlašuji, že jsem podaným informacím a vysvětlením plně porozuměl/a, považuji mé poučení za dostatečné a na základě své svobodné vůle a poskytnutých informací **souhlasím s provedením uvedeného zdravotního výkonu.**

V Kyjově, dne:.....

čas:.....

podpis:
pacient (zákonný zástupce).....
*seznámení provádějící lékař***V případě, že se pacient (zákonný zástupce) nemůže podepsat:**

důvod:.....

způsob projevu souhlasu:.....

jméno a příjmení svědka:..... podpis:.....

**vyplní se v případě, že pacienta zastupuje zákonný zástupce*

Příloha k informovanému souhlasu

Vážená paní, vážený pane,

bylo Vám navrženo provedení níže uvedeného zdravotního výkonu. Rádi bychom Vás seznámili se všemi důležitými skutečnostmi, které se výkonu a Vaší osoby týkají.

1. Název výkonu: PUNKČNÍ BIOPSIE POD CT NEBO ULTRAZVUKOVOU KONTROLOU**2. Účel, povaha, předpokládaný prospěch:**

Punkční biopsie pod CT (výpočetní tomograf) či ultrazvukovou kontrolou je invazivní zdravotní výkon, jehož cílem je zjištění přesného histologického složení nejednoznačné (podezřelé) formace, která byla zobrazena při předchozím CT či ultrazvukovém vyšetření.

3. Průběh zdravotního výkonu:

Vyšetření probíhá za sterilních podmínek. Nejprve je provedena dezinfekce, následně znecitlivění místa vpichu injekcí anestetika (např. Mesocain 1%) a poté krátké naříznutí kůže. Pod ultrazvukovou či CT kontrolou je zavedena k podezřelému ložisku bioptická jehla a pomocí automatického bioptického zařízení je odebráno několik vzorků tkáně k histologickému vyšetření. Následuje komprese místa vpichu a přiložení krycího obvazu.

4. Nejčastější rizika a důsledky výkonu:

Možnou komplikací vyšetření je alergická reakce na znecitlivující látku (kožní, slizniční projevy až vývoj anafylaktického šoku - vzácné). Samotná punkce může být dle lokalizace ložiska (nejčastěji plíce, játra) komplikována krvácením (nejčastěji žilním) a vznikem hematomu (modřiny), tepenné (život ohrožující) krvácení je velmi vzácné, zánětlivou reakcí, pneumothoraxem (průnikem vzduchu do dutiny hrudní) či pneumoperitoneem (průnikem vzduchu do dutiny břišní). U biopsie plic se může objevit kašel nebo vykašlávání krve. Další možnou komplikací je zalomení jehly v ložisku (na našem pracovišti se dosud nevyskytla).

Rizika spojená s ozářením: poškození molekuly DNA, vznik zhoubných nádorů a genetických změn (vrozené vývojové vady u plodu), lokální účinky na kůži. Lékaři i radiologičtí asistenti vždy použijí jen nezbytně nutnou dávku záření.

5. Možná omezení v obvyklém způsobu života, v pracovní schopnosti a zdravotní způsobilosti:

V den výkonu omezení fyzické i sportovní aktivity.

6. Údaje o dalším postupu a režimu po provedení výkonu:

Na místo biopsie Vám bude přiložen krycí obvaz do druhého dne. Po vyšetření, pokud nenastanou komplikace, budou hospitalizovaní pacienti transportováni zpět na oddělení, ambulantní pacienti odchází domů či do ordinace odesílajícího lékaře.

7. Možné alternativy výkonu v Nemocnici Kyjov:

Operační biopsie.

8. Další:

Nahlaste, prosím, všechny Vaše **alergie** včetně bronchiálního astmatu ošetřujícímu lékaři nebo ošetřujícímu personálu. Dále, prosím, nahlaste **užívání léků na snížení srážlivosti krve** (např. Warfarin, Lawarin). Nahlaste, prosím, také skutečnost, že se léčíte s **poruchou krevní srážlivosti**, včetně názvu choroby.

U žen v reprodukčním věku:

Svým podpisem na straně č. 1 tohoto dokumentu stvrzuji své prohlášení, že nejsem těhotná či není pravděpodobné, že bych mohla být těhotná, a jsem si vědoma případných rizik plynoucích z ozáření plodu.