

Informovaný souhlas pacienta s provedením zdravotního výkonu

Plánovaný výkon:

PUNKČNÍ BIOPSIE PRSU

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 PRSU**2. Účel, povaha, předpokládaný prospěch:**

Punkční biopsie prsu je invazivní zdravotní výkon, jehož cílem je zjištění přesného histologického složení nejednoznačné (podezřelé) formace v prsu, která byla zobrazena na mamografickém rtg snímku či při ultrazvukovém vyšetření prsů.

3. Průběh zdravotního výkonu:

Při vyšetření je nejprve provedena dezinfekce kůže, následně znecitlivění místa vpichu injekcí anestetika (např. Mesocain 1%) a poté krátké naříznutí kůže. Pod ultrazvukovou kontrolou je zavedena k podezřelému ložisku bioptická jehla a pomocí automatického bioptického zařízení je odebráno několik vzorků 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 komplikována krvácením a vznikem hematomu (modřiny), ev. zánětlivou reakcí.

Rizika spojená s ozářením: poškození molekuly DNA, vznik zhoubných nádorů a genetických změn (vrozené vývojové vady u plodu), lokální účinky na kůži. Lékaři a 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 práce a sportovní aktivity.

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

Na místo biopsie Vám bude přiložen krycí obvaz do druhého dne.

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.