

Informovaný souhlas pacienta s provedením zdravotního výkonu

Plánovaný výkon:

BIOPSIE PROSTATY

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

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: BIOPSIE PROSTATY**2. Účel, povaha, předpokládaný prospěch:**

Při vyšetření na urologické ambulanci bylo u Vás diagnostikováno zvětšení prostaty, dle laboratorních hodnot byla dále u Vás zjištěna zvýšená hladina PSA. Zvýšená hladina této látky v krvi může ukazovat na zhoubný nádor prostaty, nezhoubné zbytnění prostaty nebo na zánět. Pro rozlišení těchto onemocnění a k zavedení odpovídající léčby je nutná biopsie prostaty – odebrání vzorku prostatické tkáně jehlou. Z lékařského hlediska je Vám doporučeno provedení zákroku, jeho odložení na delší dobu nebo jeho neprovedení Vás ohrožuje, zejména v případě zhoubného nádoru, v pozdním stanovení diagnózy, růstem a prorůstáním nádoru do okolí a tedy zhoršením prognózy a možností léčby rakoviny.

3. Průběh zdravotního výkonu:

Výkon se provádí pod ultrazvukovou kontrolou. Do konečníku se zavádí ultrazvuková sonda k vyšetření prostaty. Pomocí tenké jehly se pak odebírá několik vzorků prostatické tkáně. Odebraný materiál se odesílá k histologickému vyšetření. Zákrok je minimálně bolestivý. Celý výkon trvá průměrně patnáct minut.

4. Nejčastější rizika a důsledky výkonu:

- krvácení z konečníku,
- krvácení z močových cest,
- infekce prostaty a močových cest.

Tyto komplikace předpokládáme a při provádění tohoto výkonu se chováme tak, aby se vyskytly co nejméně, všechny tyto komplikace se dají řešit.

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

Pramení ze základního onemocnění, nikoliv z provedení diagnostického výkonu.

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

Po provedeném odběru je nutné vyloučit výraznější krvácení do konečníku a do močových cest. Z toho důvodu je nutno vyčkat na našem pracovišti ještě asi 1 hodinu po výkonu. Výsledek histologického vyšetření obdržíme většinou do dvou týdnů od odběru, budete s ním seznámeni při nejbližší kontrole a bude Vám navržena další léčba. V případě nejednoznačnosti histologického výsledku je nutno toto vyšetření s přibližně 3 měsíčním časovým odstupem zopakovat.

7. Možné alternativy výkonu v Nemocnici Kyjov:

Žádné nejsou.