VŠEOBECNÁ FAKULTNÍ NEMOCNICE V PRAZE
U Nemocnice 499/2, 128 08 Praha 2 | IČ: 00064165, tel.: 224 961 111

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno a příjmení:	**r. č.:**
Zákonný zástupce pacienta (jméno, příjmení):	

Označení zdravotního výkonu (popřípadě několika výkonů):

ASPIRAČNÍ BIOPSIE ŠTÍTNÉ ŽLÁZY POD ULTRAZVUKOVOU KONTROLOU (UZ-FNAB)

Účel, povaha, předpokládaný prospěch, následky a možná rizika zdravotního výkonu:

Vyšetření aspirací (nasátím malého množství buněk) se provádí za účelem co nejpřesnějšího zjištění biologické povahy uzlu/uzlů ve štítné žláze. Hlavním cílem a prospěchem vyšetření je vyloučení zhoubného nádoru s co nejvyšší pravděpodobností, nikoliv však s jistotou. Výkon nemá v naprosté většině případů žádné negativní následky.

Rizika výkonu jsou velmi malá, nelze je však nikdy předem s jistotou vyloučit. Nejzávažnější z nich je krvácení do štítné žlázy a jejího okolí v oblasti krku, které může být spojené i s výraznou bolestivostí na krku, většinou ale ustane spontánně. Méně závažný, ale častější je pokles krevního tlaku až s možnou ztrátou vědomí po posazení/postavení bezprostředně po výkonu z důvodu nervového podráždění a zpomalení srdeční činnosti (tzv. vazovagální synkopa).

Asi v 10 % případů nepřináší toto vyšetření dostatek informací a je nutné ho opakovat. Pokud ani opakované punkce neposkytnou jednoznačný závěr, bude nejspíše nutná operace.

Jiné možnosti, jejich vhodnost, přínosy a rizika:

Rovnocenná alternativa tohoto výkonu neexistuje. Pokud výkon odmítnete, je třeba uzel vyšetřit histologicky, k čemuž je ale nutná operace s odstraněním jednoho z laloků nebo i celé štítné žlázy v celkové anestezii. Pokud odmítnete i operaci, je vhodné alespoň pravidelně kontrolovat uzel ultrazvukem, i když tak nikdy nelze vyloučit zhoubný nádor.

Zdravotní výkon bude probíhat takto:

V poloze vleže na zádech se zakloněnou hlavou vyšetřující lékař provede orientační ultrazvuk štítné žlázy a pak po desinfekci kůže provede tenkou jehlou (tenčí, než se používá ke krevnímu odběru) 2-3 vpichy do každého uzlu, který má být vyšetřen. Bolestivost vyšetření je menší nebo srovnatelná s bolestí při standardním krevním odběru.

Omezení a doporučení ve způsobu života s ohledem na zdravotní stav a případné změny zdravotní způsobilosti po provedení uvedeného zdravotního výkonu:

Bezprostředně po výkonu je nutné vyčkat nejméně 15 minut vsedě v čekárně. Teprve potom a za předpokladu, že se cítíte v pořádku, můžete opustit zdravotnické zařízení.

V den výkonu je zakázáno sportovat, vykonávat fyzicky náročnou práci a zvedat těžká břemena. V případě, že se objeví bolesti na krku, modřina na krku či jakékoliv jiné obtíže, je nutné bezodkladně vyhledat lékařskou pomoc (včetně rychlé zdravotnické pomoci).

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno a příjmení:	**r. č.:**

Další potřebná léčba:

Bez ohledu na výsledek tohoto vyšetření Vám ošetřující lékař může doporučit operaci štítné žlázy, nebo léčbu tabletami s levotyroxinem. Často není nutná žádná léčba a uzel se jen kontroluje ultrazvukem nebo se provádí kontrolní punkce uzlu s časovým odstupem.

Prohlašuji, že lékař, který mi poskytl poučení, mi osobně vysvětlil vše, co je obsahem tohoto písemného informovaného souhlasu a měl/a jsem možnost klást mu otázky, na které mi řádně odpověděl. Prohlašuji, že jsem shora uvedenému poučení a informacím plně porozuměl/a a výslovně souhlasím s provedením tohoto zdravotního výkonu:

V případě, že pacient je **nezletilý/á nebo s omezenou svéprávností** a je přiměřeně rozumově a volně vyspělý/á:

Prohlašuji, že jsem byl/a poučen/a v rozsahu, který je uveden výše.

Pokud pacientovi nebyly takové údaje poskytnuty, uvede se důvod jejich neposkytnutí:

V Praze dne

.....	.....
podpis pacienta / zákonného zástupce	jméno, příjmení a podpis lékaře

.....

podpis nezletilého pacienta / pacienta s omezenou svéprávností

Pokud pacient / zákonný zástupce se nemůže s ohledem na svůj zdravotní stav podepsat:

Důvod, pro něž pacient / zákonný zástupce není schopen/a se podepsat:

Způsob, jak pacient / zákonný zástupce projevil/a svou vůli:

.....

jméno, příjmení a podpis svědka