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): **ODBĚR VZORKU Z LOŽISKA VE ŠTÍTNÉ ŽLÁZE POD ULTRAZVUKOVOU KONTROLOU (SONOGRAFICKY NAVIGOVANÁ CORE CUT BIOPSIE)**	
Účel, povaha, předpokládaný prospěch, následky a možná rizika zdravotního výkonu: Ambulantní výkon slouží k odběru vzorku tkáně z nejednoznačného či podezřelého ložiska. Bez operace je tak možné histologicky vyšetřit vzorek tkáně k přesnému zjištění povahy procesu ve štítné žláze. Komplikací výkonu může být vzácně větší výron krve (hematom) zejména u pacientů užívajících léky proti srážlivosti krve. Možné riziko představuje alergická reakce na lék užitý k místnímu znecitlivění (lokální anestezii). Je třeba lékaři hlásit jakoukoliv nežádoucí reakci po podání léku v minulosti! Výkon se provádí ambulantně, není po něm jizva a komplikace jsou minimální. Výkon snižuje podíl zbytečných operací pro nezhoubné změny. V případě potřeby je možné zvolit cílenou léčbu s ohledem na povahu a biologické chování procesu. Odběr vzorku z ložiska ve štítné žláze pod ultrazvukovou kontrolou neumožňuje ložisko odstranit. Zcela vzácně může být odebráno k histologickému vyšetření nedostatečné množství tkáně, případně se může místo minout.	
Jiné možnosti, jejich vhodnost, přínosy a rizika: Chirurgické odstranění ložiska (operací) či podezřelého místa k histologickému vyšetření.	
Zdravotní výkon bude probíhat takto: Místo vpichu bude znecitlivěno injekcí místního anestetika (v případě alergie na tuto látku může být vyšetření provedeno i bez anestezie), kůže naříznuta ke snadnějšímu zavedení jehly. Pod kontrolou ultrazvuku bude opakovaně jehla zaváděna k ložisku a postupně odebíráno několik vzorků tkáně. Ty jsou poslány na histologické vyšetření (výsledek zpravidla do týdne, ve složitějších případech do 10 dní). Po ukončení výkonu je místo vpichu stlačeno a sterilně kryto. Vlastní výkon trvá maximálně 20 minut.	
Omezení a doporučení ve způsobu života s ohledem na zdravotní stav a případné změny zdravotní způsobilosti po provedení uvedeného zdravotního výkonu: Žádná	
Další potřebná léčba: Doporučuje se omezit intenzivní fyzickou aktivitu v den výkonu a sterilní náplast ponechat do druhého dne ráno. O způsobu sdělení výsledku se prosím domluvte s lékařem, který výkon provádí.	
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:	

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno a příjmení:	**r. č.:**

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