

**INFORMOVANÝ SOUHLAS**

Jméno a příjmení:	r. č.:
Zákonný zástupce pacienta (jméno, příjmení):	
Označení zdravotního výkonu (popřípadě několika výkonů): ODBĚR VZORKU POD ULTRAZVUKOVOU KONTROLOU	
Účel, povaha, předpokládaný prospěch, následky a možná rizika zdravotního výkonu: 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. <u>Komplikací výkonu</u> 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! Po výkonu není jizva. Výkon snižuje podíl zbytečných operací pro nezhoubné změny. 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, kůže naříznuta ke snadnějšímu zavedení jehly. Pod kontrolou ultrazvuku bude jehla zavedena k ložisku, odebrán vzorek tkáně. Ten je poslán na histologické vyšetření (výsledek do 14 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: U biopsií ložisek v dutině břišní je nutná hospitalizace pacienta do druhého dne.	
Další potřebná léčba: Po biopsii ložisek v dutině břišní doporučujeme klid na lůžku v 6-24 hodin dle rozhodnutí lékaře, který provádí biopsii.	
Prohlašuji, že lékař, který mi poskytl poučení, mi osobně vysvětlil vše, co je obsahem tohoto písemného informovaného souhlasu a měl jsem možnost klást mu otázky, na které mi řádně odpověděl. Prohlašuji, že jsem shora uvedenému poučení a informacím plně porozuměl a výslovně souhlasím s provedením tohoto zdravotního výkonu: V případě, že pacient je nezletilý nebo s omezenou svéprávností a je přiměřeně rozumově a volně vyspělý:	



INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno a příjmení:

r. č.:

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

Pokud pacientovi nebyly takové údaje poskytnuty, uveďte 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 se podepsat:

Způsob, jak pacient / zákonný zástupce projevil svou vůli:

.....

jméno, příjmení a podpis svědka

verze číslo:

platnost od:

tisk: