

**INFORMOVANÝ SOUHLAS**

Jméno a příjmení:	r. č.:
Zákonný zástupce pacienta (jméno, příjmení):	
Označení zdravotního výkonu (popřípadě několika výkonů): ZAVEDENÍ LOKALIZAČNÍHO KLIPU TENKOU JEHLOU	
Účel, povaha, předpokládaný prospěch, následky a možná rizika zdravotního výkonu: Ambulantní výkon slouží k označení nádorového ložiska před zahájením nebo v průběhu chemoterapie. Onkologickou léčbou před následným chirurgickým výkonem se docílí ve většině případů zmenšení či úplného vymizení ložiska, které je nutné označit klipem (nejčastěji titanovým), který slouží jako značka, aby operatér mohl nalézt místo ložiska a odstranit zbylou tkáň s bezpečným lemem zdravé žlázy. Výkon se provádí ambulantně, není jizva. Jediným rizikem je vznik drobného krevního výronu v místě vpichu.	
Jiné možnosti, jejich vhodnost, přínosy a rizika: Alternativou výkonu je označení uhlíkem, které se provádí stejným způsobem jako zavedení lokalizačního klipu.	
Zdravotní výkon bude probíhat takto: Pod ultrazvukovou kontrolou bude proveden vpich tenkou jehlou a mandrémem vsunut klip do blízkosti nádorového ložiska. Výkon se provádí bez umrtvení.	
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: Kontrolní vyšetření dle určení ošetřujícího lékaře.	
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:	



INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno a příjmení:	r. č.:
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	

verze číslo:

platnost od:

tisk: