



INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno a příjmení:	r. č.:
Zákonný zástupce pacienta (jméno, příjmení):	
Označení zdravotního výkonu (popřípadě několika výkonů): OZNAČENÍ NEHMATNÉHO LOŽISKA V PRSU DRÁTKEM POD ULTRAZVUKOVOU KONTROLOU ☐ VPRAVO ☐ VLEVO	
Účel, povaha, předpokládaný prospěch, následky a možná rizika zdravotního výkonu: Předoperačně prováděné zaměření nehmavného ložiska pod ultrazvukovou kontrolou se zavedením tenké jehly s lokalizačním drátkem do podezřelého či biopsicky ověřeného ložiska, po kterém následuje operace. Tento výkon se provádí u ložisek, která nejdou zaměřit pouhým označením na kůži. <u>Komplikací výkonu</u> může být vzácně výron krve či krátkodobá nevolnost. Vzácně může dojít ke změně polohy drátku.	
Jiné možnosti, jejich vhodnost, přínosy a rizika: Zakreslení ložiska na kůži - tímto způsobem nelze spolehlivě označit velmi drobná ložiska či ložiska v hloubi objemného prsu.	
Zdravotní výkon bude probíhat takto: Výkon se provádí bez anestezie. Po zavedení tenké jehly s lokalizačním drátkem se jehla vysune a drátek ponechá v ložisku. Místo vpichu je překryto sterilním obvazem.	
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: Po zavedení lokalizačního drátku obvykle ten samý den či následující den ráno následuje operace.	
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.	



INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno a příjmení:

r. č.:

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/a se podepsat:

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

.....

jméno, příjmení a podpis svědka

verze číslo:

platnost od:

tisk: