

**INFORMOVANÝ SOUHLAS**

Jméno a příjmení:	r. č.:
Zákonný zástupce pacienta (jméno, příjmení):	
Označení zdravotního výkonu (popřípadě několika výkonů): ODSÁTÍ CYSTY POD ULTRAZVUKOVOU KONTROLOU	
Účel, povaha, předpokládaný prospěch, následky a možná rizika zdravotního výkonu: Ambulantní výkon slouží k odsátí tekutiny z cysty v prsu. Po odsátí může cysta zcela vymizet. Odsátý obsah lze odeslat na cytologické či bakteriologické vyšetření. Bez operace lze tedy zjistit povahu cysty. <u>Komplikací výkonu</u> může být vzácně větší výron krve (hematom) zejména u pacientů užívajících léky proti srážlivosti krve. Výkon se provádí ambulantně, není jizva a komplikace jsou minimální.	
Jiné možnosti, jejich vhodnost, přínosy a rizika: Chirurgické odstranění cysty (operací).	
Zdravotní výkon bude probíhat takto: Výkon se provádí bez místního umrtvení. Pod kontrolou ultrazvuku je do cysty zavedena tenká jehla a odsát její obsah. Po ukončení výkonu je místo vpichu stlačeno a sterilně kryto. Vlastní výkon trvá maximálně 15 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: Pokud je odebraný materiál odeslán na další vyšetření, je nutné domluvit se na způsobu sdělení výsledku 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: 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:	



VŠEOBECNÁ FAKULTNÍ NEMOCNICE V PRAZE

U Nemocnice 499/2, 128 08 Praha 2 | IČO: 00064165, tel.: 224 961 111

Formulář | IS-RADIO-17 | strana 2 z 2

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: