

**INFORMOVANÝ SOUHLAS**

Jméno a příjmení:	r. č.:
Zákonný zástupce pacienta (jméno, příjmení):	
Označení zdravotního výkonu (popřípadě několika výkonů): PŘEDOPERAČNÍ OZNAČENÍ LOŽISKA V PRSU UHLÍKEM (STERILNÍ SUSPENZE CARBO ACTIVATUS 4%) ☐ VPRAVO ☐ VLEVO	
Účel, povaha, předpokládaný prospěch, následky a možná rizika zdravotního výkonu: Ambulantní výkon slouží k označení nádorového ložiska před operací, 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 suspenzí uhlíku, aby operátor mohl odstranit zbylou tkáň s bezpečným lemem zdravé žlázy. Rizika nejsou žádná.	
Jiné možnosti, jejich vhodnost, přínosy a rizika: Zavedení klipů	
Zdravotní výkon bude probíhat takto: Výkon se provádí v místní anestezii (znecitlivění). Pod kontrolou ultrazvukem bude proveden vpich tenkou jehlou a lékař aplikuje potřebné množství suspenze k protilehlým okrajům léze.	
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: Žádná	
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-19 | 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: