

**INFORMOVANÝ SOUHLAS**

Jméno a příjmení:	r. č.:
Zákonný zástupce pacienta (jméno, příjmení):	
Označení zdravotního výkonu (popřípadě několika výkonů): TENKOJEHLOVÁ BIOPSIE UZLINY (FNAB UZLINY)	
Účel, povaha, předpokládaný prospěch, následky a možná rizika zdravotního výkonu: Ambulantní výkon slouží k odsátí tkáně z nejednoznačné či podezřelé uzliny. Bez operace je tedy možné cytologicky vyšetřit vzorek z uzliny a tím určit rozsah onemocnění a zároveň stanovit co nejpřesnější léčbu. <u>Komplikací výkonu</u> může být vzácně výron krve (hematom) zejména u pacientů užívajících léky proti srážlivosti krve. Možné riziko představuje alergická reakce na lék užitý k místnímu znecitlivění (lokální anestezii). Proto je třeba hlásit lékaři jakoukoli nežádoucí reakci po podání léku v minulosti! Výkon se provádí ambulantně, není po něm jizva a komplikace jsou minimální.	
Jiné možnosti, jejich vhodnost, přínosy a rizika: Chirurgické odstranění (operace) nejasné uzliny k histologickému vyšetření.	
Zdravotní výkon bude probíhat takto: Výkon se provádí dle domluvy bez či s místním umrtvením. Pod ultrazvukovou kontrolou zavede lékař do uzliny tenkou jehlu, kterou odsaje velmi malé množství tkáně. Po ukončení výkonu je místo stlačeno a sterilně kryto. Vlastní výkon trvá maximálně 10 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: Doporučuje se omezit intenzivní fyzickou aktivitu v den výkonu. O způsobu sdělení výsledku se domluvte se 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 vospělý/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: