

**INFORMOVANÝ SOUHLAS**

Jméno a příjmení: Zadejte celé jméno	r. č.: Zadejte RČ
Zákonný zástupce pacienta (jméno, příjmení): Zadejte celé jméno	
Označení zdravotního výkonu (popřípadě několika výkonů): APLIKACE JODOVÉHO ZRNA POD ULTRAZVUKOVOU KONTROLOU	
Účel, povaha, předpokládaný prospěch, následky a možná rizika zdravotního výkonu: Výkon slouží k označení patologické tkáně v prsu či k označení lymfatické (mizní) uzliny v podpaží radiokativním jódem před chirurgickým výkonem. 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. Je nutné, aby operátor mohl poté nalézt místo ložiska a odstranit zbylou tkáň s bezpečným lemem zdravé žlázy. Zavedená značka bude vyzařovat malé množství ionizujícího záření. Ani blízkým kontaktem s Vámi nemůže dojít k takovému ozáření dalších osob, že by byly překročeny limity stanovené legislativou. Tato velmi malá dávka stejně tak nemůže ohrozit ani Vás. 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 klipem, které se provádí stejným způsobem. Před operací je však nutno ke klipu zavést ještě lokalizační drátek, který umožní nalezení ložiska při operaci a je odstraněn v průběhu operace. Tento výkon v případě jodových zrn odpadá, protože jsou během operace nalezena pomocí speciální kamery.	
Zdravotní výkon bude probíhat takto: Místo vpichu bude znecitlivěno injekcí místního anestetika. Pod kontrolou ultrazvuku bude jehla zavedena do podezřelé uzliny či ložiska v prsu a jehlou aplikováno jodové zrno. Po ukončení výkonu je místo vpichu 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: Vzhledem k drobné rance na kůži doporučujeme v den aplikace značky značený prs nekoupat ani nesprchovat. Není třeba po výkonu žádných dalších omezení.	
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 jsem možnost klást mu otázky, na které mi řádně	



INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno a příjmení: Zadejte celé jméno

r. č.: Zadejte RČ

odpověď. Prohlašuji, že jsem shora uvedenému poučení a informacím plně porozuměl a výslovně souhlasím s provedením tohoto zdravotního výkonu:

V případě, že pacient je **nezletilý nebo s omezenou svéprávností** a je přiměřeně rozumově a volně vespělý:

Prohlašuji, že jsem byl poučen v rozsahu, který je uveden výše.

Pokud pacientovi nebyly takové údaje poskytnuty, uveďte se důvod jejich neposkytnutí:

Zadejte důvod

V Praze dne Zadejte datum

.....
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 se podepsat: Zadejte důvod

Způsob, jak pacient / zákonný zástupce projevil svou vůli: Zadejte způsob

.....
jméno, příjmení a podpis svědka

verze číslo: Zadejte číslo

platnost od: Zadejte datum.

tisk: Doplňte