VŠEOBECNÁ FAKULTNÍ NEMOCNICE V PRAZE
U Nemocnice 499/2, 128 08 Praha 2 | IČ: 00064165, tel.: 224 961 111

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):

ODEBRÁNÍ VZORKŮ TKÁNĚ PROSTATY PŘES KONEČNÍK (TRANSREKTÁLNÍ BIOPSIE PROSTATY)

Účel, povaha, předpokládaný prospěch, následky a možná rizika zdravotního výkonu:

Účelem tohoto zdravotního výkonu je provedení biopsie prostaty (odebrání vzorků tkáně) přes konečník. Při podezření na nádor prostaty může neodhalené onemocnění nepozorovaně postoupit do nevyléčitelného stádia při vytváření vzdálených ložisek (metastáz), pokud je nádor (rakovina) zjištěna včas, je možno zahájit cílenou léčbu. Tento výkon umožní vyloučit nebo potvrdit zhoubný nádor prostaty, na čemž závisí zahájení odpovídající léčby.

Výkon má následující rizika:

- Při výkonu můžete vnímat různě výrazný stupeň bolesti.
- Vznik pocitu na omdlení.
- Po výkonu obvykle mírné krvácení z konečníku nebo krev na stolici.
- Často krev v moči.
- Krev ve spermatu (i na několik týdnů).
- Vznik infekce močových cest a/nebo infekce prostaty.
- Vzácně rozvoj těžké celkové a život ohrožující infekce (sepse).
- Úplná zástava močení (retenci moče).

Jiné možnosti, jejich vhodnost, přínosy a rizika:

Biopsie prostaty přes oblast hráze (transperineální biopsie). Tato metoda mírně snižuje riziko vzniku infekce, ale je nutné ji provádět v celkové anestézii a také je potřeba zavést ultrazvukovou sondu do konečníku pro kontrolu odběrů.

Zdravotní výkon bude probíhat takto:

Výkon se obvykle provádí v poloze na boku, do konečníku se zavede ultrazvuková sonda, která prostatu zobrazí a přes tuto sondu se do prostaty provede několik vpichů, při kterých je speciální jehlou odebrán proužek tkáně. Všechny proužky jsou odeslány k histologickému vyšetření.

Před a po výkonu jsou vždy podávána antibiotika ke snížení rizika infekce.

Omezení a doporučení ve způsobu života s ohledem na zdravotní stav a případné změny zdravotní způsobilosti po provedení uvedeného zdravotního výkonu:

Na 3 - 5 dnů je vhodné neprovádět těžší fyzickou námahu (včetně sportu nebo práce na zahradě), je doporučeno nekoupat se na otevřené vodě (koupaliště apod.). Pracovní neschopnost obvykle není nutná. V případě těžké fyzické práce je vhodné její omezení a případně také pracovní neschopnost na 2 - 3 dny.

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno a příjmení: Zadejte celé jméno **r. č.:** Zadejte RČ

Další potřebná léčba:

Je nutno doužívat předepsaná antibiotika. Další léčba závisí na výsledku histologie (mikroskopického vyšetření vzorků), který s Vámi bude konzultovat Váš ošetřující lékař.

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 odpověděl. 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 vyspělý:

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

Pokud pacientovi nebyly takové údaje poskytnuty, uvede 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