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

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno a příjmení:	**r. č.:**
Zákonný zástupce pacienta (jméno, příjmení):	

Označení zdravotního výkonu (popřípadě několika výkonů):

ODBĚR JEDNO NEBO VÍCE VZORKŮ Z LEDVINY VPICHEM PŘES KŮŽI NA BOKU (BIOPSIE)

☐ **VLEVO**
☐ **VPRAVO**

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

Účelem tohoto zdravotního výkonu je získat materiál k histologickému vyšetření (vyšetření vzorku pod mikroskopem). Indikací k tomuto výkonu je nález podezřelého ložiska nebo nádoru na ledvině. Odebrání vzorku umožní zjistit definitivní povahu ložiska, což umožní další rozhodnutí o léčbě.

S výkonem se pojí zátěž dávkou rentgenového (ionizujícího) záření, která představuje pouze minimální riziko v porovnání s přínosem diagnostické informace z provedeného vyšetření. Postupy vyšetření jsou nastaveny tak, aby dávka ionizujícího záření byla při dosažení dostatečné diagnostické výtěžnosti co možná nejnižší. Radiační zátěž z vyšetření se tak pohybuje jen v oblasti velmi nízkých dávek.

Těhotenství je relativní kontraindikací provedení výkonu, a proto je nutné o případném těhotenství informovat lékaře poskytujícího toto poučení.

Zdravotní výkony má následující rizika a důsledky léčby:

- Krvácení z ledviny různě velkého rozsahu. Krev nahromaděná kolem se označuje jako hematom. Někdy může být nutná transfuze krve a zcela výjimečně je nutné ledvinu kvůli krvácení operativně odstranit.
- Krev moči různě silné intenzity.
- Vznik teplot nebo vznik silné infekce.
- Poranění vnitřních orgánů, zejména střeva, sleziny nebo jater. Někdy je kvůli tomu nutná operace.
- Poranění pohrudnice a/nebo plíce s průnikem vzduchu do okolí plíce (pneumotorax). Někdy je pak nutné provést odsátí vzduchu zavedení hadičky do hrudníku.

Pozor: výjimečně nemusí být odebráno dostatečné množství materiálu pro stanovení diagnózy a lékař Vám může navrhnout opakování výkonu.

Jiné možnosti, jejich vhodnost, přínosy a rizika:

Otevřená operace s odběrem vzorku z ložiska: nevýhodu může být nutnost řezu, rizika spojená s anestézií.

Laparoskopické odběr vzorku: nutnost anestézie, rizika vyplývající z laparoskopie. Laparoskopie je výkon, při kterém jsou do břišní dutiny zavedeny z několika vpichů operační nástroje a kamera, operatér sleduje televizní obrazovku a pomocí nástrojů, které ovládá mimo břišní dutinu, provede příslušný výkon.

Zdravotní výkon bude probíhat takto:

V poloze na břiše se provede znecitlivění kůže a svalů na boku/zádech místním anestetikem, někdy se výkon provádí v celkové anestézii. Poté se ledvina/nádor/podezřelé ložisko zaměří ultrazvukem a je z něj speciální jehlou odebrán jeden nebo více vzorků.

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

Je doporučen dočasný klidový režim bez výrazné fyzické činnosti, pracovní neschopnost závisí na obtížnosti Vaší práce.

Je doporučeno fyzické šetření a klidový režim po dobu určenou lékařem, nezvedat těžší břemena, pít

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno a příjmení:	**r. č.:**

dostatečné množství tekutin. Může být potřeba dočasně užívat antibiotika.

Další potřebná léčba:

Další postupy závisí na onemocnění, které vedlo k biopsii a/nebo na výsledku histologie.

Poznámka:

Ženy v reprodukčním věku svým níže uvedeným podpisem vylučují graviditu.

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:

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