

Havlíčkovo nábřeží 600, 762 75 Zlín, IČO: 27661989
Oddělení zobrazovacích metod, tel. 577 552 891

INFORMOVANÝ SOUHLAS S POSKYTNUTÍM ZDRAVOTNÍ PÉČE

Vážená paní, vážený pane,

na základě zhodnocení Vašeho zdravotního stavu je Vám doporučen níže uvedený léčebný postup.

Účelem tohoto záznamu je informovat Vás o Vašem zdravotním stavu, povaze Vašeho onemocnění či zranění, o jeho předpokládaném vývoji (prognóze), o povaze, účelu a průběhu provádění doporučeného léčebného postupu a poskytnout Vám další informace nutné k Vašemu svobodnému a informovanému rozhodnutí, zda k provedení navrženého léčebného postupu udělíte souhlas.

Informace o pacientovi:

Pacient: _____
Jméno, příjmení, datum narození

Zákonný zástupce (zákonní zástupci): _____
Jméno, příjmení, datum narození, bydliště, vztah k pacientovi, způsob prokázání zákonného zastoupení

Účel, povaha, předpokládaný přínos, možné důsledky a rizika navrhovaných zdravotních služeb včetně jednotlivých zdravotních výkonů:

BIOPSIE POD KONTROLOU ULTRAZVUKU

Cíl výkonu a popis výkonu:

Výkon se provádí za účelem získání vzorku z místa známého postižení, většinou zjištěného při předchozím vyšetření zobrazovacími metodami a toto místo je pro biopsii vhodně přístupné.

Výkon se provádí pod kontrolou ultrazvuku.

Lékař odesílá odebrané vzorky k histologickému vyšetření, dostává tak informaci o mikroskopické struktuře postižené tkáně, což má většinou zásadní vliv na stanovení přesné diagnózy a cílení léčby.

Alternativy:

V indikovaných případech nelze biopsii jiným vyšetřením nahradit.

Dá se provést otevřenou operací, tedy výkonem v celkové anestezii.

Průběh výkonu:

V místním znecitlivění se zavede pod kontrolou ultrazvuku širší bioptická jehla do postiženého místa. Zavádění jehly se kontroluje průběžně ultrazvukem a v místě jejího správného uložení se provede odběr jednoho či několika vzorků postižené tkáně a místo vpichu se sterilně překryje.

Příprava k výkonu:

Před výkonem nemusí být pacient hospitalizován, jsou provedena základní laboratorní vyšetření včetně parametrů krevní srážlivosti u pacientů, užívajících léky zabraňující srážlivosti krve.

Výkon se nemusí provádět nalačno, léky se užívají normálně.

Je nutno znát alergii (zejm. náplast, Mesocain, jód).

Rizika výkonu:

Může se vyskytnout citlivost v místě vpichu, event. podkožní hematom (modřina). Infekce v místě vpichu je možnou komplikací, kterou jsme však doposud nezaznamenali.

Po výkonu:

Na místo vpichu Vám bude přiloženo sterilní krytí, které ponechejte na místě do následujícího dne, v den zákroku místo neomyjte.

Několik následujících dní se nevystavujte větší námaze, při citlivosti místa lze použít běžná analgetika (pokud nejsou z jiných důvodů u Vás nevhodná).

Jakékoliv komplikace po výkonu, které nejsou bezprostředně po provedení výkonu, ale později, hlase lékaři, který Vás k zákroku odeslal.

Před stvrzením souhlasu s výkonem svým podpisem se ujistěte, že máte dostatek informací.

Lékař, který bude vyšetření provádět, Vám v ústním pohovoru rád odpoví na Vaše další dotazy a vysvětlí případné nejasnosti.

PROHLÁŠENÍ:

Prohlašuji, že jsem byl poučen svobodně se rozhodnout o postupu při poskytování zdravotních služeb, pokud právní předpisy toto právo nevylučují a podání informace se nevzdávám.

Dále prohlašuji, že jsem shora uvedenému poučení plně porozuměl/a, nemám doplňující dotazy a

SOUHLASÍM – NESOUHLASÍM

s provedením navrženého a popsání léčebného postupu a jednotlivými zdravotními výkony.

Zároveň jsem poučen/a o tom, že mohu udělený souhlas odvolat.

Současně prohlašuji, že v případě výskytu neočekávaných komplikací, vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků nutných k záchraně mého života nebo zdraví souhlasím s tím, aby byly provedeny veškeré další potřebné a neodkladné zdravotní výkony nutné k záchraně mého života nebo zdraví, nepůjde-li o výkony, s nimiž výslovně nebudu souhlasit a o nichž sepíši negativní reverz.

Nezletilý pacient (pacient zbavený způsobilosti k právním úkonům) k poskytnutí zdravotní služby vyslovil svůj názor (vyplní lékař).

Názor nezletilého pacienta (pacienta zbaveného způsobilosti k právním úkonům) k poskytnutí zdravotní služby nemohl být zjištěn z důvodu (vyplní lékař).

Ve Zlíně dne..... hodina.....

Vlastnoruční podpis pacienta (případně zákonného zástupce /zákoných zástupců/)

Titul, jméno, příjmení a podpis lékaře, který poskytnul informace o provedeném výkonu

Titul, jméno, příjmení a podpis dalšího zdravotnického pracovníka v případě, že pacient nemůže s ohledem na svůj zdravotní stav záznam o informovaném souhlasu podepsat, včetně důvodů a způsobu, jakým pacient projevil svou vůli a důvodů bránících pacientovi ve vyjádření své vůle požadovaným způsobem.

Veźměte, prosím, tento tiskopis s sebou ke zdravotnímu výkonu spolu s dokumentací.