

Havlíčkovo nábřeží 600, 762 75 Zlín, IČO: 27661989  
**Oddělení zobrazovacích metod, tel. 57 755 2891**

## INFORMOVANÝ SOUHLAS S POSKYTNUTÍM ZDRAVOTNÍ PÉČE

Vážená paní, vážený pane,

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

Účelem tohoto záznamu je informovat Vás 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 léčebnému 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:

### CÍLENÁ BIOPSIE Z .....

#### Cíl výkonu a popis výkonu:

Výkon se provádí za účelem získání vzorku tkáně přesně z místa, kde je tato tkáň postižena. Zárok se provádí pod kontrolou jedné ze zobrazovacích metod (CT, ultrazvuk).

Lékař odesílá vzorek odebrané tkáně k histologickému vyšetření, dostává tak informaci o mikroskopické struktuře postižené tkáně, což má většinou zásadní vliv na léčbu.

#### Alternativy:

V indikovaných případech nelze biopsii jiným vyšetřením nahradit. Dá se provést v průběhu laparoskopie (endoskopická operační metoda), případně se provádí odběr při otevřeném operačním zákroku. Jedná se tedy o výkony časově delší, v celkové anestezii a obecně znamenající větší zátěž.

#### Průběh výkonu:

V místním znecitlivění se zavede pod kontrolou zobrazovací metody širší bioptická jehla do postiženého místa.

Po zhodnocení správného uložení se provede odběr jednoho či několika vzorků postižené tkáně. Po provedení výkonu se provádí kontrolní vyšetření zobrazovacími metodami k vyloučení bezprostředních komplikací výkonu.

#### Příprava k výkonu:

Před výkonem je pacient většinou hospitalizován, jsou provedena základní laboratorní vyšetření včetně parametrů krevní srážlivosti.

Výkon se provádí nalačno, léky se užívají normálně.

Je nutno znát alergie (zejména na náplast, Mesocain, jód) a musíte informovat lékaře, zda jste diabetik. Totéž platí o možném těhotenství.

**Rizika výkonu:**

Může se vyskytnout citlivost v místě vpichu, eventuelně bolestivost při nádechu, šířící se do ramen (podráždění bránice) při vpichu do orgánů v horní části břicha.

Zcela vzácně může dojít k poranění okolních orgánů či krvácení do dutiny břišní a výjimečně k nutnosti chirurgické léčby.

**Po výkonu:**

Na místo vpichu Vám bude přiložen tlakový obvaz, budete dodržovat klidový režim na lůžku do druhého dne.

Ošetřující personál bude sledovat hodnoty krevního tlaku a pulsu a klinický nálezný v oblasti vpichu a okolí.

Můžete přijímat tekutiny a lehce povečeřet. Následující den se provede kontrolní vyšetření, většinou ultrazvukem.

Jakékoliv potíže po výkonu hlase ihned ošetřujícímu personálu.

**PROHLÁŠENÍ:**

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

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

**SOUHLASÍM – NESOUHLASÍM**

s provedením navrženého a popsaného 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 /zákonných zástupců/)

Titul, jméno, příjmení a podpis lékaře, který poskytl 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.

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