

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 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:

TENKOJEHLOVÁ ASPIRACE (FNCA) POD KONTROLOU ULTRAZVUKU

Cíl výkonu a popis výkonu:

Výkon se provádí za účelem získání vzorku z místa, kde je známé postižení, většinou zjištěné při předchozím vyšetření zobrazovacími metodami a toto místo je pro aspiraci tenkou jehlou vhodně přístupné.

Někdy je této metody využíváno také k odsátí tekutiny z nekomplikovaných cyst či jiných útvarů obsahujících tekutinu.

Výkon se provádí pod kontrolou ultrazvuku.

Lékař odesílá odebrané vzorky k cytologickému vyšetření, dostává tak informaci o buněčné struktuře postižené tkáně, což má většinou zásadní vliv na stanovení přesné diagnózy a cílenou léčbu.

Alternativy:

V indikovaných případech nelze tenkojehlovou aspiraci jiným vyšetřením nahradit. Dá se provést otevřenou operací, tedy při výkonu v celkové, případně místní anestezii.

Průběh výkonu:

Jedná se o poměrně rychlý a minimálně invazivní výkon, kdy se zavede pod kontrolou ultrazvuku tenká jehla do postiženého místa. Vyšetření se pro svou minimální invazivitu neprovádí v místním znecitlivění.

Po zhodnocení správného uložení se nasaje tekutina či buněčný obsah z postižené tkáně a místo vpichu se sterilně překryje.

Příprava k výkonu:

Před výkonem nemusí být pacient hospitalizován a není nutná žádná zvláštní příprava.

Základní laboratorní vyšetření včetně parametrů krevní srážlivosti jsou před vyšetřením provedena u pacientů, užívajících léky zabraňující srážlivosti krve.

Výkon se nemusí provádět nalačno, léky se užívají normálně.

Je nutno znát alergie (zejm. náplast, jód).

Rizika výkonu:

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

Po výkonu:

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

Jakékoliv komplikace po výkonu, hlasejte lékaři, který Vás k zákroku odeslal.

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 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 sepíší 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 poučení provedl

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.