

Pacient/ka .....  
titul ..... jméno ..... příjmení .....

Kód ZP ..... Rodné číslo: .....

Adresa .....

Poznámka: vyplňte údaje nebo nalepte štítek



Zákonný zástupce .....  
titul ..... jméno ..... příjmení .....

Vztah: .....  
např. matka, otec, opatrovník aj.

Adresa .....

Narozen/a: .....

liši-li se od bydliště pacienta/ky

## Vážená paní, vážený pane,

Váš zdravotní stav (zdravotní stav Vám svěřené osoby) nezbytně vyžaduje provedení punkční biopsie (odebrání vzorku tkáně) měkkých tkání. Máte právo svobodně se rozhodnout o postupu při poskytování zdravotních služeb Vaší osobě (Vašemu dítěti), pokud jiné právní předpisy toto právo nevyklučují. K provedení navrhovaného zdravotního výkonu potřebujeme Váš souhlas. Pro usnadnění rozhodnutí Vám chceme podat následující informace.

### 1 Důvod

Získání vzorku tkáně k podrobnějšímu histologickému/cytologickému vyšetření pro zpřesnění či určení diagnózy ložiska v měkkých tkáních.

### 2 Příprava k výkonu

Před biotickým vyšetřením Vás personál poučí, které části oděvu musíte před vyšetřením odložit.

Je nutné požit trvale užívané léky na léčbu vysokého tlaku, srdečních onemocnění, astmatu (sprej na léčbu astmatu si vezměte s sebou). Ošetřujícího lékaře upozorněte před biopsií na alergii (bude Vám desinfikována kůže a případně i podáváno lokální anestetikum).

Pokud je Vám známa porucha srážlivosti krve či užíváte-li Warfarin, je nutno zajistit v součinnosti s Vaším praktickým lékařem správné hemokoagulační parametry a jejich výsledky donést k samotnému výkonu. Vyšetření nesmí být starší 3 dnů. V případě užívání Anopyrinu a podobných léků na "ředění" krve je třeba tento lék minimálně 3 dny před výkonem vysadit. V případě virového onemocnění jater a AIDS, prosím, informujte ošetřující personál.

### 3 Postup při výkonu

Jedná se o téměř nebolestivé vyšetření, při kterém je nutné spolupracovat s naším personálem, tj. klidně ležet po celou dobu výkonu. Lékař po dezinfekci kůže provede vlastní odběr vzorku - biopsii tenkou jehlou, nebo core jehlou. Typ jehly si volí vyšetřující lékař. Celý odběr se provádí za sonografické kontroly. Množství materiálu, tzn. počet vlastních vpichů, určuje výkon provádějící lékař.

Tenká jehla: jedná se často o punkční jehlu, kterou obvykle znáte z odběrů krve. Má zpravidla průměr 24G (0,6 mm). Užíváme ji nejčastěji.

Care jehla: je speciální silnější jehla s vystřelovacím, obvykle 1-2 cm dlouhým hrotem, speciálně uzpůsobeným tak, že seřízne a odebere váleček tkáně. Odběr core jehlou se provádí v místním znecitlivění (tenkou jehlou je do místa vpichu instalováno menší množství znecitlivující látky 1 % mesocain).

Po odebrání vzorku se místo vpichu sterilně překryje

### 4 Následky a možná rizika výkonu

- Drobné krvácení z podkoží či z hlubších tkání není nebezpečné.
- Velké krvácení hrozí při napíchnutí větší cévy. Biopovaný útvar, nebo uzlina jsou obvykle bohatě prokrvené a při některých chorobných stavech se toto prokrvení ještě výrazně zvyšuje. Uzliny se obvykle také nacházejí v blízkosti velkých cév. Pokud dojde k napíchnutí větší cévy, především tepny, může být krvácení i nebezpečné a vyžaduje léčbu.

- Infekce v místě vpichu je velmi vzácnou komplikací, ve vážnějších případech se použije léčba antibiotiky, zcela mimořádně je nutný zákrok chirurgický. Zvýšené riziko je u dětí, starších lidí nad 60 let, alergiků, diabetiků, u pacientů s poškozenou funkcí ledvin

## 5 Jako alternativy shora uvedeného výkonu lze provést

Údaje o tom, zda navrhovaný zdravotní výkon má nějakou alternativu (jinou možnost), Vám/Vašemu dítěti poskytl ošetřující lékař/ka, který doporučil provedení tohoto zdravotního výkonu. Za alternativu punkční biopsie by se dal považovat chirurgický zákrok a odběr tkáně operátorem, který však představuje daleko vyšší riziko a zátěž pro Váš organismus.

## 6 Chování po výkonu, možných omezeních, údaje o léčebném režimu a preventivních opatřeních, která jsou vhodná a o poskytnutí dalších zdravotních služeb.

Hospitalizace po výkonu je nutná jen ve speciálních případech a trvá většinou do druhého dne. Na její event. potřebu byste měla být upozorněn/a indikujícím lékařem.

Po výkonu nejsou třeba žádná zvláštní opatření. Je vhodné se vyvarovat těžší fyzické námahy alespoň 24 hodin po výkonu. Obvaz na vpichu můžete druhý den sejmout, klidnou, nezarudlou ránu je možné již druhý den krátce osprchovat, koupání je možné zhruba za týden. Zarudlý, bolestivý vpich, zatvrdnutí v jeho okolí, teplota nebo větší modřina v okolí vpichu vyžadují vždy kontrolu u lékaře.

## 7 Údaje o souhlasu s poskytnutím dalších alternativních výkonů v případě neočekávaných komplikací v průběhu prováděného výkonu (včetně transfuze krve).

V případě výskytu neočekávaných komplikací vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků nutných k záchraně života nebo zdraví souhlasím, aby byly provedeny veškeré další potřebné a neodkladné výkony nutné k záchraně života nebo zdraví.

## 8 Prohlášení pacienta/ky nebo zákonného zástupce

- Byl/la jsem poučen o svém právu svobodně se rozhodnout o postupu při poskytování uvedeného zdravotního výkonu.
- Byl/a jsem seznámena s údaji o účelu, povaze, předpokládaném prospěchu, následcích a možných rizicích navrhovaných zdravotních služeb (zdravotního výkonu)
- Byl/la jsem seznámen/a s alternativami (jinými možnostmi) navrhovaných zdravotních služeb (zdravotního výkonu), s jejich výhodami a riziky a měl/la jsem možnost si jednu z alternativ zvolit (pokud tato možnost volby existuje a pokud výkon nepodléhá zvláštním právním předpisům
- Byl/la jsem seznámen/a s možnými omezeními v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti po poskytnutí zdravotních služeb (po zdravotním výkonu) a s možnými očekávanými změnami zdravotního stavu a zdravotní způsobilosti
- Byl/a jsem poučen/a o právu svobodně se rozhodnout o postupu při poskytování zdravotních služeb, pokud jiné právní předpisy toto právo nevylučují
- Nezamlčel/la jsem žádné mně známé údaje o zdravotním stavu, které by mohly nepříznivě ovlivnit léčbu či ohrozit mé okolí, zejména rozšířením infekční choroby
- Souhlasím s nezbytným použitím omezovacích prostředků, jejichž účelem je odvrácení bezprostředního ohrožení života, zdraví nebo bezpečnosti v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb (prováděním zdravotního výkonu
- Prohlašuji, že jsem byl/a poučen/a o možnosti odvolání tohoto informovaného souhlasu a beru na vědomí, že případné odvolání souhlasu nebude účinné, pokud již bude započato provádění zdravotního výkonu, jehož přerušování může způsobit vážné poškození zdraví nebo ohrožení života).
- Prohlašuji, že jsem mohl/a klást doplňující otázky, na které mi bylo řádně odpovězeno, a že jsem informacím a poučení plně porozuměl/a a souhlasím s poskytnutím navrhovaných zdravotních služeb (zdravotním výkonem).

## 9 Posouzení způsobilosti nezletilého pacienta nebo pacienta s omezenou svéprávností k vyslovení souhlasu

(vyplní lékař/ka poskytující údaje a poučení)

- Pacient/ka je rozumově a volně vyspělý/á k vyslovení souhlasu s poskytnutím navrhovaných zdravotních služeb.
- Pacient/ka není rozumově a volně vyspělý/á k vyslovení souhlasu s poskytnutím navrhovaných zdravotních služeb.

## 10 Prohlášení indikujícího lékaře

Prohlašuji, že jsem řádně informoval výše uvedeného pacienta (zákonného zástupce) o účelu, povaze a alternativách plánovaného vyšetření způsobem, který byl dle mého soudu pro něj srozumitelný.

Dále jsem ověřil kontraindikace vyšetření.

Jmenovka (razítko nebo čitelně hůlkovým písmem)

podpis

## 11 Prohlášení provádějícího lékaře

Prohlašuji, že jsem řádně informoval výše uvedeného pacienta (zákonného zástupce) o provedení, rizicích a možných komplikacích plánovaného vyšetření způsobem, který byl dle mého soudu pro něj srozumitelný. Dále jsem ověřil kontraindikace lékařského ozáření.

Jmenovka (razítko nebo čitelně hůlkovým písmem)

podpis

## 12 Souhlas pacienta

Prohlašuji a svým vlastnoručním podpisem stvrzuji, že lékař, který mně poskytl poučení, vše mi osobně vysvětlil, porozuměl/a jsem sdělenému, měl/a jsem možnost klást doplňující otázky, na které mně bylo řádně odpovězeno. Bylo mi umožněno si vše řádně a v dostatečné časové lhůtě rozvážit. Svým podpisem projevuji výslovný souhlas s provedením zákroku.

Lékař/ka provádějící poučení: \_\_\_\_\_ Podpis: \_\_\_\_\_

Pacient/ka\*): \_\_\_\_\_ Podpis: \_\_\_\_\_

Zákonný zástupce\*): \_\_\_\_\_ Podpis: \_\_\_\_\_

V Rokycanech dne: \_\_\_\_\_ hod.: \_\_\_\_\_

### 12.1 Pacient/ka není schopen/a podpisu.

**Svůj souhlas vyjádřil/a \*):**

Způsob projevu vůle:

kývnutím hlavy     gestem: .....     očima     jinak: .....

Jméno, příjmení a podpis svědka

Jméno, příjmení a podpis lékaře

### 12.2 Pacient odmítl podepsat souhlas

Vyplňte v případě, že pacient/ka (zákonný zástupce) odmítl souhlas podepsat.

Lékař/ka provádějící poučení: \_\_\_\_\_ Podpis: \_\_\_\_\_

Svědék: \_\_\_\_\_ Podpis: \_\_\_\_\_

Poznámka: \*)nehodící se škrtněte

Dovolujeme si Vás informovat, že na poskytování zdravotních služeb v naší nemocnici se mohou podílet osoby získávající způsobilost k výkonu povolání zdravotnického pracovníka nebo jiného odborného pracovníka, a to včetně nahlížení do zdravotnické dokumentace. Přítomnost těchto osob při poskytování zdravotních služeb můžete odmítnout a jejich nahlížení do zdravotnické dokumentace můžete během svého léčení zakázat. Bližší informace Vám na vyžádání poskytne ošetřující lékař