

Nemocnice Ivančice	Perkutánní biopsie pod kontrolou zobrazovacích metod (CT, UZ) Informovaný souhlas	Verze: 1
	IS/RDO-01	(1/3)

Identifikační údaje pacienta:

Jméno a příjmení:
Datum narození:
Rodné číslo:
Číslo pojištěnce (není-li tím RČ):
kód ZP:
Adresa trvalého bydliště (u cizince místo hlášeného pobytu):

Identifikační údaje osoby určené pacientem nebo jiné osoby :

Jméno a příjmení:
Datum narození:
Bydliště:
Vztah k pacientovi:

Poskytovatel zdravotních služeb:

Nemocnice Ivančice, příspěvková organizace
Široká 390/16, 664 91 Ivančice
IČO: 00225827 DIČ: CZ00225827 Datová schránka: ID i77k6j8

Oddělení: RDG

Jméno, příjmení, titul zdravotnického pracovníka poskytujícího údaje a poučení:

.....

Informace podané pacientovi a/nebo osobě určené pacientem:**1. Údaje o účelu, povaze, předpokládaném prospěchu, následcích a možných rizicích zdravotních služeb.**

Perkutánní biopsie pod kontrolou zobrazovacích metod je přes kůži provedený odběr vzorku tkáně pod kontrolou zobrazovacích metod (CT – výpočetní tomografie, UZ – ultrazvuk) Provádí se pomocí speciální odběrové jehly zavedené cíleně do došetřovaného ložiska/oblasti za účelem zjištění biologické povahy tkáně. Výkon zahrnuje lokalizaci ložiska zobrazovací metodou a stanovení nejvhodnější přístupové cesty. Výkon se provádí v místním znecitlivění. Poté, co je odebráno dostatečné množství tkáně, je jehla odstraněna. Biopsie je nutná pro stanovení dalších léčebných postupů. Většina výkonů je spojená s krátkodobou hospitalizací. Po výkonu budete krátkodobě sledován/sledována ošetřujícím personálem s následným transportem zpět na oddělení, kde jste hospitalizován/a. V případě jakýchkoliv komplikací (dále v textu) je nutno vše ihned sdělit ošetřujícímu personálu. Získané vzorky budou odeslány zpět na oddělení k dalšímu došetření. Mezi výhody vyšetření patří minimální invazivnost výkonu. Diagnostika pouhým vpichem bez nutnosti operačního výkonu, je rychlý a pro organismus minimálně zatěžující způsob došetření. **Možné komplikace** tohoto výkonu: bolestivost nebo krvácení (hematom) v místě vpichu, krvácení v průběhu bioptického kanálu, zánětlivá komplikace vstupující cestou vpichu, jiné nezamýšlené poranění vyšetřovaného či orgánu či okolí. V případě intervencí v oblasti hrudníku, zejména plic je nejčastější komplikací pneumothorax (přítomnost volného vzduchu v pohrudniční dutině), vykašlávání krve, u biopsií ledvin se může objevit krev v moči, při odběru vzorku ze slinivky zánět slinivky. Nejzávažnější komplikace je úmrtí pacienta, které je většinou způsobené komplikací jiným vážnějším onemocněním pacienta.

2. Jiné alternativy Operační výkon s odběrem tkáně.

3. Možná omezení v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti po poskytnutí příslušných zdravotních služeb, lze-li takové omezení předpokládat, a v případě změny zdravotního stavu též údaje o **změnách zdravotní způsobilosti**. Perkutánní biopsie pod kontrolou zobrazovacích metod je vyšetření bezpečné. Výskyt komplikací je při těchto výkonech obecně nízký, různé zdroje uvádí četnost komplikací v rozmezí 2-10%. Výjimečně se může jednat o

komplikace vyžadující hospitalizaci a neplánované prodloužení pobytu v nemocnici, zcela výjimečně pak o komplikace s trvalými následky.

4. Údaje o léčebném režimu a preventivních opatřeních, která jsou vhodná, a o poskytnutí dalších zdravotních služeb Většina výkonů je spojená s krátkodobou hospitalizací a sledováním pacienta do druhého dne na oddělení.

DOTAZNÍK – Máte některé z následujících onemocnění?

Alergie na jód	ANO	NE
Alergie na Mesocain	ANO	NE
Užíváte léky omezující srážlivost krve?	ANO	NE
Jste těhotná?	ANO	NE

Poučení pacienta:

1. pacient má právo klást doplňující otázky vztahující se k navrhovaným zdravotním službám a právo na jejich srozumitelné zodpovězení,
2. pacient má právo svobodně se rozhodnout o postupu při poskytování zdravotních služeb, pokud jiné právní předpisy toto právo nevyklučují
3. pacient může svůj souhlas s poskytnutím zdravotních služeb odvolat.

Vyjádření pacienta nebo osoby určené pacientem/jiné osoby

Já níže podepsaný pacient/osoba určená pacientem nebo jiná osoba prohlašuji:

- že jsem byl poučen o svém právu svobodně se rozhodnout o postupech při poskytování zdravotních služeb
- že údaje a poučení uvedené shora v tomto písemném souhlasu pod písm. A) až D) mi byly zdravotnickým pracovníkem sděleny a vysvětleny, a měl jsem možnost klást doplňující otázky, které mi byly zdravotnickým pracovníkem zodpovězeny
- že jsem shora uvedenému poučení a informacím plně porozuměl a že výslovně souhlasím s navrhovanou zdravotní péčí a provedením konkrétně uvedených zdravotních výkonů,
- že v případě výskytu neočekávaných komplikací vyžadujících neodkladně provedení dalších zákroků nutných k záchraně nebo zdraví souhlasím, aby byly provedeny veškeré další potřebné a neodkladné výkony
- že jsem byl poučen o tom, že mohu svůj souhlas s poskytnutím zdravotních služeb odvolat

Datum:

.....
podpis pacienta

.....
podpis zdravotnického pracovníka

.....
podpis osoby určené pacientem (není-li taková osoba nebo není-li dosažitelná, pak udělí souhlas osoby za stejných podmínek a v pořadí): manžel/registrovaný partner, rodič jiná svéprávná osoba blízká, pokud je známa

.....
Nemůže-li se pacient podepsat, запиšte důvody bránící k získání podpisu pacienta a uveďte, jakým způsobem pacient projevil svou vůli:

.....
podpis svědka, který byl přítomen projevu souhlasu

Jméno, příjmení, pracovní zařazení nebo bydliště: