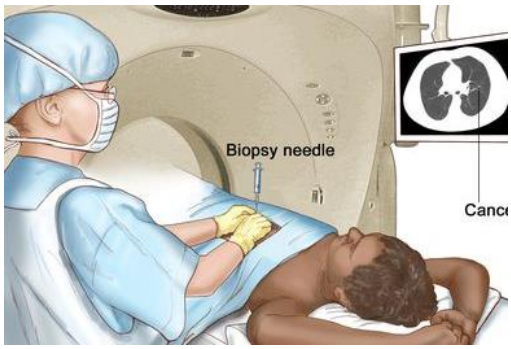
OBLASTNÍ NEMOCNICE KLADNO, a.s.,
nemocnice Středočeského kraje
272 59 Kladno, Vančurova 1548
IČO 27256537, tel. 312606111

Oblastní nemocnice Kladno, a.s., nemocnice Středočeského kraje

INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTA (KY)/ ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE S PUNKČNÍ BIOPSIÍ POD CT

Jméno a příjmení pacienta, datum narození

Jméno a příjmení zákonného zástupce, datum narození



Vážená paní, Vážený pane,

bylo Vám navrženo provedení níže uvedeného zdravotního výkonu. Rádi bychom Vás seznámili se všemi důležitými skutečnostmi, které se výkonu a Vaší osoby týkají.

Účel, povaha a předpokládaný prospěch

Punkční biopsie pod CT (výpočetní tomograf) kontrolou je invazivní zdravotní výkon, jehož cílem je zjištění přesného histologického složení nejednoznačné (podezřelé) formace, která byla zobrazena při předchozím CT či ultrazvukovém vyšetření.

Průběh zdravotního výkonu

Vyšetření probíhá za sterilních podmínek. Nejprve je provedena dezinfekce, následně znecitlivění místa vpichu injekcí anestetika (např. Mesocain 1%) a poté krátké naříznutí kůže. Pod CT kontrolou je zavedena k podezřelému ložisku bioptická jehla a pomocí automatického bioptického zařízení je odebráno několik vzorků tkáně k histologickému vyšetření. Následuje komprese místa vpichu a přiložení krycího obvazu.

Nejčastější rizika a důsledky výkonu

I při zcela správném provedení celého výkonu může dojít k mírnějším nebo i vážným komplikacím.

Možnou komplikací vyšetření je alergická reakce na znecitlivující látku (kožní, slizniční projevy až vývoj anafylaktického šoku - vzácné).

Samotná punkce může být dle lokalizace ložiska (nejčastěji plíce, játra) komplikována krvácením (nejčastěji žilním) a vznikem hematomu (modřiny), tepenné (život ohrožující) krvácení je velmi vzácné, zánětlivou reakcí, pneumothoraxem (průnikem vzduchu do dutiny hrudní) či pneumoperitoneem (průnikem vzduchu do dutiny břišní). U biopsie plic se může objevit kašel nebo vykašlávání krve.

Další postup a režimová opatření po provedení výkonu

Na místo biopsie Vám bude přiložen krycí obvaz do druhého dne. Po výkonu budete odvezen(a) ma pokoj nemocničním personálem. Při zhoršení zdravotního stavu ihned kontaktujte zdravotnický personál.

Možné alternativy

Operační výkon.

Podpis a razítko lékaře indikujícího výkon:

_____

Datum a čas: _____

Otázky a odpovědi

Tento prostor využijte pro zaznamenání Vašich případných dotazů k vyšetření.

_____

_____

_____

Souhlas s výkonem

Já níže podepsaný/á pacient/ka /zákonný zástupce tímto prohlašuji, že mě lékař náležitě a srozumitelně informoval a vysvětlil důvod provedení vyšetření, takovým způsobem, který je pro mě srozumitelný. Vysvětlení jsem plně pochopil/a a vzal/a na vědomí. Zároveň stvrzuji, že jsem podal/a pravdivé informace o zdravotním stavu. Nezamlčel/a jsem žádné skutečnosti, které by mohly mít vliv na prováděný výkon.

Informující lékař mě seznámil s možnými alternativami. Byl/a jsem též informován/a o možných rizicích a komplikacích tohoto vyšetření. **Rozumím informacím, které mi lékař poskytl.** Měl/a jsem možnost klást lékaři doplňující dotazy a pokud tomu tak bylo, dotazy mi byly zodpovězeny a nemám další otázky.

Na základě tohoto poučení dávám **svůj plný informovaný souhlas** s provedením vyšetření, což stvrzuji svým vlastnoručním podpisem.

Podpis pacienta/ky /zákonného zástupce pacienta:

_____

Datum a čas: _____

Prohlašuji, že jsem pacientovi/ce (zákonnému zástupci) osobně zodpověděl doplňující dotazy a pacient/ka (zákonný zástupce) vyslovil/a svůj informovaný souhlas s výkonem.

Podpis a razítko lékaře:

_____

Datum a čas: _____