

INFORMOVANÝ SOUHLAS

BIOPSIE CORE-JEHLOU (PRO HISTOLOGICKÉ VYŠETŘENÍ) POD CT, RENTGENOVOU NEBO ULTRAZVUKOVOU KONTROLOU

Vážený pane, vážená paní,

na základě klinického vyšetření zdravotního stavu Vám doporučil ošetřující lékař provedení **biopsie silnější, tzv. core jehlou za účelem získání vzorku tkáně pro histologické vyšetření**. Podle současných právních předpisů Vám předkládáme písemnou formu tzv. informovaného souhlasu platnou v našem zdravotnickém zařízení. Jeho podpisem dáváte najevo, že s provedením vyšetření u Vás souhlasíte. Dokument zároveň obsahuje nejdůležitější informace k potřebné přípravě k výkonu, jeho kontraindikacím, průběhu, rizikům a možným důsledkům. **Informace o důvodu provedení výkonu a jeho alternativ (jiné možnosti) Vám poskytl indikující lékař, který Vám doporučil jeho provedení.**

Příprava k výkonu

Při výkonu je nepřipustné, abyste ponechal/a v dutině ústní odnímatelnou zubní protézu, aby na vyšetřované části těla byly jakékoli odnímatelné cizí předměty, především ozdoby těla apod. Personál oddělení Vám na vyžádání poskytne na tyto předměty hygienický sáček, kam je uložíte a ponecháte ve svlékacím boxu. Doporučujeme ponechat na lůžkovém oddělení šperky a jiné cennosti. Personál Vás zároveň poučí, které části oděvu musíte před vyšetřením sejmout, a poskytne Vám provizorní pokrývku těla. Před vyšetřením s podáním jodové kontrastní látky u Vás musí být provedena příprava podáním léků. Většinou jde u dospělého o dvě tablety Dithiadenu, které spolknete hodinu před vyšetřením nebo Vám bude podán Dithiaden injekčně do svalu těsně před výkonem. Tuto dobu je třeba dodržet, pokud se tak z Vaší strany nestane, musíte včas upozornit personál pracoviště! V některých případech (vícečetná alergie u pacienta, alergie na jód atp.) o změně této přípravy rozhodne indikující lékař, nebo specialista podle daného medicínského problému. Před vyšetřením s podáním kontrastní látky je nutno 4 hodiny lačnit. Tekutiny lze požit ještě do 2 hodin před výkonem. Pokud jste si vědom(a), že jste tuto dobu nedodržel/a, nebojte se upozornit včas personál AG pracoviště, aby nedošlo k ohrožení vašeho zdraví nebo života. Je nutné ráno požit trvale užívané léky na léčbu vysokého tlaku, srdečních onemocnění, astmatu (sprej na léčbu astmatu si vezměte s sebou na AG pracoviště), nerozhodne-li ošetřující lékař jinak. Ošetřujícího lékaře upozorněte před AG vyšetřením na poruchu srážlivosti krve či užíváte-li Warfarin; v případě virového onemocnění jater a AIDS, prosím, informujte ošetřující personál. Těsně před vyšetřením je vhodné se většinou vymočit, pokud není zavedena trvalá cévka do močového měchýře.

Postup při výkonu

Jedná se o intervenční radiologický výkon, při kterém se v místním znecitlivění pomocí speciální jehly a pod kontrolou rentgenu, ultrazvuku nebo CT obrazu provede nápich cílové struktury nebo orgánu v lidském těle a manipulací s jehlou se získá malý vzorek (váleček) tkáně dostatečný pro tzv. histologické vyšetření. Jde tedy o výkon diagnostický, který většinou přinese spolehlivou a definitivní diagnózu. Vzorek se pak předá do histopatologické laboratoře k dalšímu vyšetření. Výkon se provádí v poloze optimální pro zastižení cílové struktury. Během výkonu může být vzácně podávána kontrastní látka, která se v malém množství může dostat do cévního řečiště. Je nutné, abyste během výkonu spolupracovali s personálem pracoviště, tj. leželi v klidu, zadrželi dech a prováděli další jednoduché úkony. Délka vyšetření se většinou pohybuje kolem 30 minut.

Radiodiagnostické oddělení**Rizika, následky a možné komplikace výkonu**

Výkon není zcela bez rizika. Úmrtí v souvislosti s výkonem je vzácné. Metoda využívá někdy k vyšetření **rentgenového záření**. Rentgenové záření může za určitých okolností škodit zdraví. Přínos vyšetření však významně převyšuje riziko těchto škod. Při výkonu se někdy podává malé množství kontrastní látky, jejíž hlavní součástí je jód. Je proto nutné, abyste upozornil(a) jak indikujícího lékaře, tak personál AG pracoviště, že máte **alergii** jakéhokoli typu, zejména na zmíněný jód. Vzácně hrozí možnost opožděné alergické reakce (minuty až dny po vyšetření), která může mít různé projevy, většinou kožní, velmi vzácně i vážnější. Během zavádění instrumentaria (pomůcek) může vzácně dojít k porušení větší cévy a zevnímu nebo i vnitřnímu krvácení. Tato komplikace si v některých případech může vyžádat chirurgické řešení. Může také dojít k poranění střeva nebo jiného vnitřního orgánu, zanesení nebo rozšíření infekce, a to s nutností akutní operace. Zmíněné komplikace jsou mimořádné, mohou se však vyskytnout.

Chování po výkonu, možná omezení

Výkon se provádí pouze za hospitalizace, kromě biopsií povrchných struktur (např. štítná žláza, tříselné uzliny). Po výkonu na vnitřních orgánech bude nutné setrvat na lůžku alespoň 24 hodin. Budete sledován(a) školeným personálem, přesto včas hlase neobvyklou změnu svého stavu, především narůstající bolest, třesavku, horečku, zvracení, krev v moči nebo stolici, mdloby, opocení, slabost. Pozdní komplikace po propuštění z hospitalizace jsou opět zcela mimořádné, ale nejsou úplně vyloučeny, proto neváhejte v případě příznaků vyhledat lékaře nebo přivolat RZP! Asi týden po biopsii nedoporučujeme výraznější fyzickou či psychickou zátěž, je nutno vyvarovat se výkyvů krevního tlaku. Výsledek histopatologického vyšetření bývá k dispozici do týdne, vyšetření vzorků tkáně se ale pro svoji složitost může i výrazně protáhnout. 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.

PROHLÁŠENÍ PACIENTA/KY (ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE)

- ✓ By/la jsem seznámena s údaji o účelu, povaze, předpokládaném prospěchu, následcích a možných rizicích navrhovaných zdravotních služeb (zdravotního výkonu).
- ✓ By/la jsem seznámen/a s alternativami (jinými možnostmi) navrhovaných zdravotních služeb (zdravotního výkonu), s jejich výhodami a riziky a měl/a jsem možnost si jednu z alternativ zvolit (pokud tato možnost volby existuje a pokud výkon nepodléhá zvláštním právním předpisům).
- ✓ By/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.
- ✓ By/la jsem seznámen/a s léčebným režimem, vhodnými preventivními opatřeními a s možnými kontrolními zdravotními výkony.
- ✓ By/la jsem poučen/a o právu svobodně se rozhodnout o postupu při poskytování zdravotních služeb mé osobě, pokud jiné právní předpisy toto právo nevyklučují.
- ✓ Nezamlčel/a jsem žádné mně známé údaje o mém zdravotním stavu, které by mohly nepříznivě ovlivnit moji 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 mé osoby v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb (prováděním zdravotního výkonu).
- ✓ Prohlašuji, že mi byla poskytnuta podrobná informace o implantovaném zdravotnickém prostředku podle zvláštního právního předpisu. (Toto prohlášení se týká pouze pacientů s implantovaným zdravotnickým prostředkem.)
- ✓ 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. 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.

Radiodiagnostické oddělení

✓ 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).

V Plzni dne: v hod.

Pacient/ka: **rodné číslo**

Zákonný zástupce: příbuzenský vztah

Podpis pacienta/pacientky:

Lékař provádějící poučení
jmenovka, podpis

V případě, že pacient/ka s ohledem na svůj zdravotní stav není schopen/schopna informovaný

souhlas podepsat, z důvodu:

Způsob projevu souhlasu:
(kývnutí hlavy, gestem, očima, jiný způsob)

.....
podpis zákonného zástupce nebo svědka