

INFORMOVANÝ SOUHLAS

ZNAČENÍ LÉZE POD ULTRAZVUKOVOU (event. CT či RENTGENOVOU) KONTROLOU

Vážený pane, Vážená paní,
na základě klinického vyšetření zdravotního stavu Vám doporučil ošetřující lékař provedení označení léze drátkem (Frankovým vodičem). Podle právních předpisů Vám předkládáme písemnou formu tzv. informovaného souhlasu platnou v našem zdravotnickém zařízení. Jeho podpisem dáváte najevo, že s provedením výkonu 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 nepřípustné, 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 výkonem sejmout, a poskytne Vám provizorní pokrývku těla.

Je nutné ráno požit trvale užívané léky na léčbu vysokého tlaku, srdečních onemocnění, astmatu (sprej na léčbu astmatu si vezměte s sebou na pracoviště), nerozhodne-li ošetřující lékař jinak. Ošetřujícího lékaře upozorněte před výkonem na poruchu srážlivosti krve či užíváte-li léky proti srážení krve (Warfarin, Anopyrin, Xarelto...). V případě virového onemocnění jater a AIDS, prosím, informujte ošetřující personál. Těsně před výkonem je vhodné se většinou vymočít, 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 ultrazvuku, rentgenu nebo CT obrazu provede nápich cílové struktury nebo orgánu v lidském těle. V jehle je zaveden speciální drátek, který se ponechá zavedený v lézi/ložisku, druhý konec je ponechán vně těla, zaváděcí jehla je obvykle extrahována. Výkon se provádí v poloze optimální pro zastížení léze. Je nutné, abyste během výkonu spolupracovali s personálem pracoviště, tj. leželi v klidu, zadrželi dech a prováděli další jednoduché úkony. Délka výkonu se většinou pohybuje kolem 15-30 minut.

Rizika, následky a možné komplikace výkonu. Výkon není zcela bez rizika. Úmrtí v přímé souvislosti s výkonem jsme v literatuře nezaznamenali. Metoda využívá ultrasonografického zobrazení, event. i rentgenového záření. Rentgenové záření může za určitých okolností škodit zdraví. Přínos vyšetření však významně převyšuje riziko těchto škod. Během výkonu může dojít k alergické reakci na dezinfekční prostředek nebo lokální anestetikum. Během zavádění instrumentaria (pomůcek) může velmi vzácně dojít k porušení větší cévy a zevnímu nebo i vnitřnímu krvácení. Tato komplikace si vzácně může vyžádat chirurgické řešení. Může také dojít k poranění střeva nebo jiného vnitřního orgánu s nutností akutní operace. Zanesení nebo rozšíření infekce je teoreticky též možné. Tyto komplikace jsou opět zcela

mimořádné, mohou se však vyskytnout. Další komplikací může být dislokace drátu, ke které dochází při mimovolných dýchacích pohybech nebo v čase, než proběhne samostatný chirurgický výkon.

Chování po výkonu, možná omezení Výkon se provádí pouze za hospitalizace, obvykle bezprostředně před operačním výkonem, další se odvíjí od druhu a průběhu samotného operačního výkonu.

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)

Byl/a jsem seznámena s údaji o účelu, povaze, předpokládaném prospěchu, následcích a možných rizicích navrhovaných zdravotních služeb (zdravotního výkonu). Byl/a 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). Byl/a 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 seznámen/a s léčebným režimem, vhodnými preventivními opatřeními a s možnými kontrolními zdravotními výkony. Byl/a 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. 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

.....
Příjmení, jméno, titul pacienta (zákonného zástupce)

.....
Podpis

