



Radiodiagnostické oddělení
Tel.: 371 62 272, 111
Rokycany, Voldušská 750, 33701
IČ 263 60 900

Perkutánní biopsie pod kontrolou výpočetní tomografie (CT)

F-IS
RDG-03

Informovaný souhlas

Pacient/ka

titul jméno příjmení

Kód ZP

Rodné číslo:

Štítek

Adresa

Poznámka: vyplňte údaje nebo nalepte štítek

Zákonný zástupce

titul jméno příjmení

Vztah:

např. matka, otec, opatrovník aj.

Adresa

liši-liše od bydliště pacienta/ky

Narozen/a:

Vážená paní, vážený pane,

na základě zhodnocení Vašeho zdravotního stavu a předchozích vyšetření Vám ošetřující lékař doporučil provedení perkutánní biopsie pod kontrolou výpočetní tomografie (CT). Máte právo svobodně se rozhodnout o postupu při poskytování zdravotních služeb Vaší osobě (Vašemu dítěti), pokud jiné právní předpisy toto právo nevylučují. K provedení navrhovaného zdravotního výkonu je potřeba Vašeho souhlasu. Pro usnadnění rozhodnutí Vám chceme podat následující informace.

1 Účel, povaha a předpokládaný prospěch

Perkutánní biopsie je vyšetření, při kterém se po místním znecitlivění pomocí speciální tenké jehly odebere přes kůži jeden nebo více vzorků tkáně. Ty se pak použijí k podrobné laboratorní nebo mikroskopické analýze za účelem stanovení diagnózy nebo jejího zpřesnění.

2 Příprava k výkonu

Perkutánní biopsie pod kontrolou výpočetní tomografie se provádí za hospitalizace. Před výkonem nesmíte minimálně po dobu 4 hodin jíst, pít ani kouřit. V odůvodněných případech může být tento interval (časový úsek) i delší. Pokud užíváte nějaké léky, můžete je (s výjimkou léků na snížení krevní srážlivosti - takzvané ředění krve) užít normálním způsobem. Před výkonem Vám bude zkontrolována krevní srážlivost. Pokud ji máte sníženou, provede Vám ošetřující lékař její úpravu na normální hodnotu. Vlastní výkon se provádí v místním znecitlivění, které aplikuje radiolog pomocí injekce znecitlivujícího prostředku do místa odběru.

3 Postup při výkonu

V úvodu výkonu bude provedeno takzvané plánovací vyšetření, které umožní přesné zaměření orgánu, ze kterého bude vzorek odebrán. Neliší se nijak od běžného vyšetření výpočetní tomografií. V odůvodněných případech se toto plánovací vyšetření provádí po injekci kontrastní látky do žíly na předloktí. Po plánovacím vyšetření Vám bude na těle bezbolestně označeno místo vpichu bioptické jehly. Poté se provede znecitlivění.

Po ověření jeho účinnosti zavede radiolog do vyšetřovaného orgánu tenkou jehlu, pomocí které bude odebrán vzorek tkáně. Odběr může být několikrát opakován, aby bylo možno získat dostatečný objem tkáně. Po biopsii Vám bude místo vpichu ošetřeno a budete odvezen/a na lůžkové oddělení. Vzorky budou odeslány k dalšímu zpracování.

4 Následky a možná rizika výkonu

Výskyt komplikací při perkutánní biopsii je malý, ale nelze jej zcela vyloučit. Běžné je malé krvácení v místě vpichu a bolest po ukončení účinku znecitlivění. Vzácně může dojít k většímu krvácení nebo zánětu v místě vpichu vyžadujícímu další ošetření. U výkonů na hrudníku může do pohrudniční dutiny vniknout vzduch, který způsobí takzvaný pneumothorax. Většinou je malý a nevýznamný. V případě, že je větší, musí být odsát hrudním drénem (hadičkou). Výjimečně se může stát, že se odebraný vzorek i přes veškerou snahu ukáže jako nedostatečný a výkon musí být se souhlasem pacienta zopakován.

5 Jako alternativy shora uvedeného výkonu lze provést

Perkutánní biopsie je využívána v případech, kdy nelze diagnózu stanovit metodou, která nezasahuje do celistvosti těla (rentgenové vyšetření, ultrasonografie, výpočetní tomografie, magnetická rezonance a podobně). Výkon provádí lékař - radiolog. Jedná se o relativně šetrnou metodu, která zatěžuje nemocné méně než je takzvaná otevřená biopsie, při níž se vzorky tkáně získávají během operačního výkonu

6 Doporučený výkon má oproti uvedeným alternativám tyto a) výhody b) nevýhody

a) výhody:

b) nevýhody: výše zmíněná rizika v odstavci: Následky a možná rizika výkonu

7 Údaje o léčebném režimu a preventivních opatřeních, která jsou vhodná a o poskytnutí dalších zdravotních služeb.

Po nezbytně nutnou dobu budete po výkonu z důvodu vyloučení komplikací sledován/a na lůžkovém oddělení. Nezbytné je dodržovat po tuto dobu klidový režim. Pokud by se po Vašem propuštění ze zdravotnického zařízení vyskytly nějaké zdravotní komplikace, vyhledejte neprodleně lékařskou pomoc.

8 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.

9 Prohlášení pacienta/ky nebo zákonného zástupce

- a) Byl/la jsem poučen o svém právu svobodně se rozhodnout o postupu při poskytování uvedeného zdravotního výkonu.
- b) Byl/a jsem seznámena s údaji o účelu, povaze, předpokládaném prospěchu, následcích a možných rizicích navrhovaných zdravotních služeb (zdravotního výkonu)
- c) 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
- d) 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
- e) Byl/la jsem seznámen/a s léčebným režimem, vhodnými preventivními opatřeními a s možnými kontrolními zdravotními výkony
- f) Byl/a jsem poučen/a o právu svobodně se rozhodnout o postupu při poskytování zdravotních služeb, pokud jiné právní předpisy toto právo nevylučují
- g) Nezamlčel/la jsem žádné mně známé údaje o zdravotním stavu, které by mohly nepříznivě ovlivnit léčbu či ohrozit mé okolí, zejména rozšířením infekční choroby
- h) 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
- i) 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).
- j) 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 přerušeni může způsobit vážné poškození zdraví nebo ohrožení života).
- k) 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).

10 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.

11 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

12 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

13 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.: _____

13.1 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

13.2 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