



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

Sonograficky řízená biopsie štítné žlázy

F-IS
RDG-08
Informovaný souhlas

Pacient/ka
titul jméno příjmení

Kód ZP Rodné číslo:

Adresa

Poznámka: vyplňte údaje nebo nalepte štítek

štítek

Zákonný zástupce
titul jméno příjmení

Vztah:
např. matka, otec, opatrovník aj.

Adresa
liší-li se od bydliště pacienta/ky

Narozen/a:

Vážená paní, vážený pane,

Váš zdravotní stav (zdravotní stav Vám svěřené osoby) nezbytně vyžaduje provedení punkční biopsie (odebrání vzorku tkáně) štítné žlázy. Máte právo svobodně se rozhodnout o postupu při poskytování zdravotních služeb Vaší osobě (Vašemu dítěti), pokud jiné právní předpisy toto právo nevyklučují. K provedení navrhovaného zdravotního výkonu potřebujeme Váš souhlas. Pro usnadnění rozhodnutí Vám chceme podat následující informace.

1 Důvod

Důvodem biopsie je upřesnění či stanovení diagnózy ložiska ve štítné žláze. K tomuto vyšetření je potřeba odebrat vzorek tkáně.

2 Příprava k výkonu

Před biopsií vyšetřením, prosím, ponechtejete doma ozdoby horní části těla. Personál Vás zároveň poučí, které části oděvu musíte před vyšetřením odložit.

Je nutné požit trvale užívané léky na léčbu vysokého tlaku, srdečních onemocnění, astmatu (sprej na léčbu astmatu si vezměte s sebou). Ošetřujícího lékaře upozorněte před biopsií na alergii (bude Vám desinfikována kůže a případně i podáváno lokální anestetikum).

Pokud je Vám známa porucha srážlivosti krve či užíváte-li Warfarin, je nutno zajistit v součinnosti s Vaším praktickým lékařem správné hemokoagulační parametry a jejich výsledky donést k samotnému výkonu. Vyšetření nesmí být starší 3 dnů. V případě užívání Anopyrinu a podobných léků na ředění krve je třeba tento lék minim. 3 dny před výkonem vysadit. V případě virového onemocnění jater a AIDS, prosím, informujte ošetřující personál.

3 Postup při výkonu

Lékař po dezinfekci kůže a místním znecitlivění provede vlastní odběr vzorku - biopsii tenkou jehlou, nebo Core jehlou. Typ jehly si volí vyšetřující lékař. Celý odběr se provádí za sonografické kontroly. Množství materiálu, tzn. počet vlastních vpichů, určuje výkon provádějící lékař.

Tenká jehla: jedná se často o punkční jehlu, kterou obvykle znáte z odběrů krve. Má zpravidla průměr 24G (0,6 mm). Užíváme ji nejčastěji.

Core jehla: je speciální jehla s vystřelovacím obvykle 1-2 cm dlouhým hrotem, speciálně uzpůsobeným tak, že seřízne a odebere váleček tkáně. Odběr Core jehlou se provádí v místním znecitlivění (tenkou jehlou je do místa vpichu instalováno menší množství znecitlivující látky 1 % Mesocain).

Po odebrání vzorku se místo vpichu sterilně překryje.

4 Následky a možná rizika výkonu

- Drobné krvácení z podkoží či z hlubších tkání není nebezpečné
- Velké krvácení při napíchnutí větší cévy. Štítná žláza je bohatě prokrvená a při některých chorobných stavech se toto prokrvení ještě výrazně zvyšuje. V těsné blízkosti žlázy probíhají velké krční tepny a žíly. Pokud dojde k napíchnutí větší cévy, především tepny, může být krvácení i nebezpečné a vyžaduje léčbu.

- Infekce kůže a podkoží v místě vpichu, stav není nebezpečný, ve vážnějších případech se použije léčba antibiotiky. Zvýšené riziko je u dětí, starších lidí nad 60 let, alergiků, diabetiků, u pacientů s poškozenou funkcí ledvin.

5 Jako alternativy shora uvedeného výkonu lze provést

Údaje o tom, zda navrhovaný zdravotní výkon má nějakou alternativu (jinou možnost) a zda máte možnost si zvolit z několika alternativ, Vám/Vašemu dítěti poskytl ošetřující lékař/ka, který doporučil provedení tohoto zdravotního výkonu. Za alternativu punkční biopsie by se dal považovat chirurgický zákrok a odběr tkáně operátorem, který však představuje daleko vyšší riziko a zátěž pro Váš organismus.

6 Chování po výkonu, možných omezeních, údaje o léčebném režimu a preventivních opatřeních, která jsou vhodná a o poskytnutí dalších zdravotních služeb.

Po výkonu nejsou třeba žádná zvláštní opatření. Je vhodné se vyvarovat těžší fyzické námaze alespoň 12 hodin po výkonu.

7 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.

8 Prohlášení pacienta/ky nebo zákonného zástupce

- Byl/la jsem poučen o svém právu svobodně se rozhodnout o postupu při poskytování uvedeného zdravotního výkonu.
- Byl/a jsem seznámena s údaji o účelu, povaze, předpokládaném prospěchu, následcích a možných rizicích navrhovaných zdravotních služeb (zdravotního výkonu)
- 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
- 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
- Nezamlčel/la jsem žádné mně známé údaje o zdravotním stavu, které by mohly nepříznivě ovlivnit 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 v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb (prováděním zdravotního výkonu
- 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).
- 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).

9 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.

10 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

11 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

12 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.: _____

12.1 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

12.2 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