

INFORMOVANÝ SOUHLAS

S POSKYTNUTÍM ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB PROVEDENÍM ZDRAVOTNÍCH VÝKONŮ

CORE-CUT BIOPSIE (CCB) PUNKCE ASPIRAČNÍ CYTOLOGIE

*příslušný výkon lékař/ka výrazně označí

Lékař/ka, který/á provedl/a poučení (hůlkovým písmem)

Jméno, příjmení, datum narození pacienta (hůlkovým písmem)

Vážená paní, vážený pane,

Lékařem Vám byla na základě nálezu v prsu doporučena core-cut biopsie, punkce či aspirační cytologie. Všechny typy odběrů se provádějí po dezinfekci a místním znecitlivění anestetikem (např. 0,5 % Marcain). Výkony probíhají za aseptických podmínek, aby nedošlo k zanesení infekce do vyšetřované tkáně.

Při **core-cut biopsii (CCB)** Vám bude jehlou pod ultrazvukovou kontrolou proveden odběr malého množství podezřelé tkáně **za účelem** jejího histologického rozboru. Většinou se odebírají dva až tři válečky tkáně, avšak podle potřeby se může počet odebraných válečků lišit. Délka výkonu je kolem 30 minut.

Účelem punkce je odsátí tělesné tekutiny jehlou do stříkačky z dutiny, např. cysty.

Při **aspirační cytologii** se tenkou jehlou získá malé množství buněčného obsahu z ložiska **za účelem** cytologického rozboru. Punkce a aspirační cytologie trvají podle složitosti výkonu 15 až 30 minut.

Předpokládaným přínosem výše uvedených výkonů je získání uspokojivého množství tkáně či buněk pro stanovení diagnózy.

Po skončení výkonu a krátké kompresi bude místo odběru po výše uvedených výkonech překryto sterilním obvazem.

Lékařem jste byl/a poučen/a, že jako alternativu výše uvedeného zákroku je možné provést **operační biopsii**.

Byl/a jsem nadále poučen/a lékařem, že výkon má následující důsledky, následky a rizika:

- kožní alergická reakce na dezinfekci
- kožní alergická reakce na náplast
- alergická reakce na anestetikum – riziko těžkých reakcí je do 0,5 %
- riziko krvácení a hematomu – modřiny s rizikem většího krvácení do 0,5 %, malá nezávažná modřina je obvyklá
- zavlečení infekce do prsu – riziko infekce je maximálně 1 %

Beru na vědomí, že po provedení uvedeného výkonu budu takto omezen/a v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti:

- krycí obvaz minimálně do druhého dne
- v den výkonu omezení fyzické práce a sportovní činnosti včetně provozování vodních sportů

Prosíme o vyplnění následujících údajů:

správnou odpověď označte křížkem

- | | ANO | NE |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Vyskytla se u Vás někdy alergická reakce na léky?
Pokud ano, na jaké? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Užíváte léky na tzv. „ředění krve“
(např. Pelentan, Warfarin, Acylpyrin)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Souhlas pacienta/ky

Byl/a jsem poučen/a o svém právu klást otázky a svobodně se rozhodnout, zda s navrženou zdravotní službou či zdravotním výkonem souhlasím či nikoliv. Byl/a jsem podrobně informován/a o plánovaném zdravotním výkonu. Byl mi sdělen důvod tohoto zdravotního výkonu a jeho přínos pro mě. Byl/a jsem informován/a i o jiných možnostech a alternativách poskytovaných zdravotních služeb a výkonů, jejich vhodnosti, přínosech a rizicích pro mě. Byl/a jsem informován/a i o jeho možných rizicích a komplikacích. Toto vše mi bylo sděleno srozumitelně, bylo mi umožněno vše zvážit a zeptat se na vše, co jsem považoval/a za důležité.

Prohlašuji, že podaným informacím rozumím, nemám žádné další otázky, ani nejasnosti a tímto uděluji svůj svobodný informovaný souhlas s výše uvedenou zdravotní službou a výkonem.

Datum: _____

Podpis lékaře/ky: _____

Podpis pacienta/ky _____
(zákonného zástupce)

Záznam o odmítnutí poskytnutí výše uvedené zdravotní služby/výkonu - revers

Výše navrhovaný výkon odmítám. Byl/a jsem opakovaně podrobně informován/a o svém zdravotním stavu, o důvodu a přínosu tohoto zdravotního výkonu. Zároveň jsem byl/a informován/a o možných nepříznivých následcích, které z odmítnutí tohoto zdravotního výkonu mohou nastat. Vše mi bylo sděleno srozumitelně, bylo mi umožněno vše zvážit a zeptat se na vše, co jsem považoval/a za důležité. Přesto prohlašuji, že i přes poskytnuté informace a vysvětlení shora uvedenou, potřebnou zdravotní službu a výkon odmítám s plným vědomím možných důsledků pro můj život a zdraví.

Datum, místo, čas: _____

Podpis lékaře/ky: _____

Podpis pacienta/ky: _____
(zákonného zástupce)

Svěddek

(vyplňuje se v případě, že pacient nesouhlasí s výkonem a zároveň odmítá podepsat nesouhlas)

Jméno a příjmení: _____

Datum narození: _____

Datum: _____

Podpis svědka: _____