

## INFORMOVANÝ SOUHLAS S POSKYTNUTÍM ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB PROVEDENÍM ZDRAVOTNÍCH VÝKONŮ DUKTOGRAFIE

---

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

---

Jméno, příjmení, datum narození pacienta (hůlkovým písmem)

Vážená paní,

lékařem Vám byla doporučena **duktografie**, která se provádí při patologické sekreci z prsu, tj. při patologickém výtoku z bradavky. Zdravotní výkon, duktografie, se provádí takto: lékař/ka dezinfikuje příslušnou bradavku, poté lékař/ka zavede jemnou kanylu do příslušného mlékovodu a aplikuje do něj cca 2 ml jodové kontrastní látky (k. l.). Následuje většinou (dle konkrétní situace a zvážení lékaře/ky) zhotovení 2 mamografických snímků vyšetřovaného prsu, za účelem zobrazení mlékovodů naplněných kontrastní látkou. Účelem a předpokládaným přínosem tohoto zdravotního výkonu je tedy podrobné zobrazení mlékovodů a nalezení příčiny patologické sekrece.

**Duktografie** probíhá za aseptických podmínek, aby nedošlo k zanesení infekce do vyšetřovaného prsu.

Lékařem jste byla poučena, že jako alternativu výše uvedeného zákroku je možné provést **operační biopsii**.

Byla jsem nadále poučena lékařem, že výkon má následující důsledky, následky a rizika:

- kožní alergická reakce na dezinfekci
- alergická reakce na anestetikum – riziko těžkých reakcí je do 0,5 %
- zavlečení infekce do prsu – riziko infekce je maximálně 1 %
- možnost alergické reakce na kontrastní látku – riziko těžké alergické reakce je kolem 0,5 %

Beru na vědomí, že po provedení uvedeného zdravotního výkonu budu takto omezena 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?               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Pokud ano, na jaké? _____  |                          |                          |
| 2. Vyskytla se u Vás alergická reakce na jodovou kontrastní látku? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Pokud ano, jaká? _____   |                          |                          |

**Souhlas pacientky**

Byla jsem poučena o svém právu klást otázky a svobodně se rozhodnout, zda s navrženou zdravotní službou či zdravotním výkonem souhlasím či nikoliv. Byla jsem podrobně informována o plánovaném zdravotním výkonu. Byl mi sdělen důvod tohoto zdravotního výkonu a jeho přínos pro mě. Byla jsem informován/a i o jiných možnostech a alternativách poskytovaných zdravotních služeb a výkonů, jejich vhodnosti, přínosech a rizicích pro mě. Byla 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 považovala 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 pacientky: \_\_\_\_\_  
(zákonného zástupce)

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

Výše navrhovaný výkon odmítám. Byla jsem opakovaně podrobně informována o svém zdravotním stavu, o důvodu a přínosu tohoto zdravotního výkonu. Zároveň jsem byla informována 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 považovala 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: \_\_\_\_\_

Podpis lékaře/ky: \_\_\_\_\_

Podpis pacientky: \_\_\_\_\_  
(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: \_\_\_\_\_