

INFORMOVANÝ SOUHLAS

S POSKYTNUTÍM ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB PROVEDENÍM ZDRAVOTNÍCH VÝKONŮ

VAKUOVÁ BIOPSIE POD STEREOTAKTICKOU KONTROLOU (SVAB)

VAKUOVÁ BIOPSIE POD ULTRAZVUKOVOU KONTROLOU (UVAB)

*příslušný výkon lékař/ka výrazně označí

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

Jméno, příjmení, datum narození pacienta (hůlkovým písmem)

Vážená paní,

lékařem Vám byla na základě nálezu v prsu doporučena vakuová biopsie. Účelem a současně předpokládaným přínosem tohoto zdravotního výkonu je zjištění přesného histologického složení nejednoznačné podezřelé formace v prsu.

Pomocí **stereotaktické vakuové biopsie (SVAB)** Vám budou odebrány vzorky tkáně z podezřelého místa tak, aby se přesně učilo histologické složení vyšetřované tkáně. SVAB se provádí vsedě pod kontrolou mamografu. Stereotakticky Vám bude zaměřeno ložisko (oblast), ze kterého Vám lékař/ka po dezinfekci a místním znecitlivění anestetikem odebere speciální jehlou několik vzorků tkáně. Po celou dobu vyšetření je prs komprimován (stlačen) a Váš pohyb je omezen.

Další variantou odběru vzorků tkáně z podezřelého místa je **vakuová biopsie pod ultrazvukovou kontrolou**, kdy během vyšetření ležíte na lůžku. Ultrazvukem Vám bude zaměřeno ložisko (oblast), ze kterého Vám lékař/ka po dezinfekci a místním znecitlivění anestetikem odebere speciální jehlou několik vzorků tkáně.

Každý z výše uvedených výkonů trvá asi 1/2 – 1 hodinu.

O určení konkrétního typu biopsie jste byl/a informován/a před provedením tohoto výkonu lékařem.

Po provedeném výkonu Vám bude po kompresi místo odběru chlazeno a překryto náplastovým stehem (stripem), sterilním obvazem, a na to vše bude založen kompresivní obvaz. Kompresivní obvaz odstraníte z hrudníku druhý den ráno, stripy odstraňte pátý den po výkonu, pokud samy do té doby neodpadnou.

V případě, že se po provedeném výkonu nebo v následujících dnech objeví u Vaší osoby jakékoli komplikace, volejte ihned lékaři, který zdravotní výkon prováděl. Není-li to možné, např. v mimopracovní době našeho zdravotnického zařízení, využijte služby nejbližší lékařské pohotovosti.

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
- 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 %

Před zákrokem požadujeme vyšetření hemokoagulačních parametrů!

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

- krycí a kompresivní obvaz nejméně do druhého dne
- náplastový steh až 5 dnů
- výrazné omezení fyzické práce a sportovní činnosti včetně provozování vodních sportů (minimálně 5 dnů)
- doporučujeme prs chladit a v případě bolestivosti užít běžná analgetika (např. Paralen), **v žádném případě ne Acylpyrin.**

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, apod.)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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)

Svědék

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

Jméno a příjmení: _____

Datum narození: _____

Datum: _____

Podpis svědka: _____