

INFORMOVANÝ SOUHLAS S BIOPSIÍ

Pacient

Jméno a příjmení		Zdrav. pojišťovna	
Rodné číslo		Váha (kg)	
Telefon		Číselný kód dg.	
Adresa		Diagnóza (slovy)	
Anamnéza (alergie na lokální znecitlivění, stav hemokoagulace)			

Odesílající oddělení:

Ošetřující lékař:

Vyšetřující radiolog:

Co je biopsie, její důvody a možné komplikace:

* laická terminologie: cílené odebrání vzorku tkáně speciální tenkou jehlou za CT nebo ultrazvukové kontroly

* lékařská terminologie: **cílená biopsie** za CT nebo UZ kontroly bioptickou jehlou

Naše oddělení je personálně a technicky vybaveno k provedení plánovaného výkonu. Tento výkon byl vybrán jako nejvhodnější vzhledem k určení povahy Vašeho onemocnění. Máte právo žádat informaci o rizicích spojených s tímto výkonem, jakož i o podstatě a cílech plánovaného výkonu případně o jiných možných metodách stanovení diagnózy.

Při tomto vyšetření je zacíleno místo odběru buď CT přístrojem nebo UZ přístrojem. Lékař-radiolog si místo na kůži označí a po místním znecitlivění zavede speciální bioptickou tenkou jehlou, která je k těmto výkonům určena, přes kůži do místa odběru (např. jater, plic, sleziny, ledviny apod.) a odebere malý kousek tkáně. Jehla má průměr kolem 1-2 mm a vzorek Vaší odebrané tkáně má stejný průměr a délku asi 1-1,5 cm. Tato odebraná tkáň je pak vyšetřena pod mikroskopem na oddělení patologie. Výsledek rozboru slouží lékařům, kteří Vás léčí, k bližšímu poznání o jakou nemoc (event. nádor) se jedná. Desítky takto u nás vyšetřených pacientů udávají, že vpich bolí asi jako injekce do žíly. Komplikací po vyšetření může být krvácení v místě odběru, proto doporučujeme po vyšetření minimálně 12 hodinový klid na lůžku a sledování ošetřujícím lékařem lůžkového oddělení. Jiné komplikace (např. vznik infekce v místě odběru) bývají zcela výjimečné.

Prohlašuji, že jsem byl(a) seznámen(a) s výše uvedeným plánovaným výkonem. Byl(a) jsem informován(a) o možnosti výskytu nežádoucích účinků spojených s tímto výkonem.

Svým podpisem na následující straně potvrzujete:

1. že jste četl(a) poučení a souhlasíte s výše uvedeným **prohlášením**;
2. že účel výše uvedeného vyšetření Vám byl srozumitelně vysvětlen Vaším ošetřujícím lékařem, a dostal(a) jste všechny informace, které jste požadoval(a);
3. že dáváte oprávnění a souhlas k provedení výše uvedeného vyšetřovacího výkonu a k případným nutným následným vedlejším zásahům, které se ukáží během tohoto výkonu nezbytnými či prospěšnými;
4. že souhlasíte s tím, aby v rámci běžných diagnostických postupů byl odebrán z Vašeho těla biologický materiál, který může být použit pro výzkumné účely;
5. že souhlasíte s tím, aby byly Vaše osobní údaje shromažďovány, zpracovávány a uchovávány pro vědecké účely a pro účely prováděného léčení.

Podpis:

.....

Nemocný nebo zákonný zástupce (hůlkovým písmem)

.....

datum a čas

.....

ošetřující lékař

Zdůvodnění pokud nemocný nemůže toto prohlášení podepsat:

Vyjádření nesouhlasu s vyšetřovacím nebo léčebným výkonem:

Nemocný byl poučen o možných následcích v případě nesouhlasu s navrhovaným vyšetřovacím nebo léčebným výkonem takto:

Podpis:

.....

Nemocný nebo zákonný zástupce (hůlkovým písmem)

.....

datum a čas

.....

ošetřující lékař

Zdůvodnění pokud nemocný nemůže toto poučení podepsat: