

**Nemocnice Pelhřimov, p.o.**

**Slovanského bratrství 710**

**393 38 Pelhřimov**

**tel.: 565 355 111**

**IČO: 00511951**

**Radiodiagnostické odd.**

**identifikace pacienta**

pacient:

r.č.:

bydliště:

kód pojišť.:

**Informovaný souhlas pacienta s výkonem****CÍLENÁ PUNKČNÍ BIOPSIE**

**Informující lékař :** \_\_\_\_\_

Vážený pane, vážená paní,

k vyšetření, které Vám nyní doporučujeme, je potřeba Vašeho souhlasu. Abyste se mohl/a rozhodnout, informujeme Vás tímto listem o cíli výkonu, jeho provedení i o případných možných komplikacích. Lékař, který vyšetření navrhuje i lékař, který bude vyšetření provádět, Vám v ústním pohovoru rád vysvětlí případné nejasnosti a odpoví na Vaše otázky.

Na závěr tohoto dokumentu budete požádán, abyste svůj případný souhlas s navrhovaným výkonem potvrdil vlastnoručním podpisem.

**Proč doporučujeme cílenou punkční biopsii ?**

Je to poměrně jednoduchý a nezatěžující výkon, jehož cílem je odebrat malý vzorek z chorobně změněného ložiska i orgánu, který necháme dále podrobně vyšetřit.

**Jak se zákrok provádí ?**

Výkon se provádí obvykle nalačno za použití CT nebo UZ přístroje.

Před vyšetřením pod CT často pacient pije kontrastní látku nebo dostává kontrast do žíly. Po určení nejvhodnějšího místa a po místním znecitlivění se zavede speciální jehla, kterou se odebere vzorek tkáně nebo tekutiny. Místo vpichu se po výkonu přelepí.

**Doporučení o výkonu**

Doporučujeme 24 hodin po výkonu klid.

**Jaké jsou možné komplikace výkonu ?**

I při zcela správném provedení celého výkonu může dojít následkem tohoto výkonu k mírnějším nebo i vážnějším komplikacím.

- Alergická reakce na látku používanou při místním znecitlivění (nejčastěji Mesocain) – předchází případnou reakci hlase lékaři. Drobné i větší krvácení z podkoží i z hlubších tkání a orgánů – jako prevence se před výkonem laboratorně ověřuje krevní srážlivost.
- Infekce kůže a podkoží.
- Propíchnutí střeva – nemá vážnější důsledky, v těžších případech chirurgická revize.

- Propíchnutí plíce s průnikem vzduchu do pohrudniční dutiny může vzniknout pneumotorax.
- Reakce na jodovou kontrastní látku – mírná nevolnost, zvracení, kopřivka, křeče, náhlá dušnost, pokles krevního tlaku, těžká reakce se ztrátou vědomí, stav může být až život ohrožující ! - případné předchozí reakce hlase lékaři.

Zvýšené riziko je u dětí, starších lidí nad 60 let, alergiků, diabetiků, u pacientů s poškozenou funkcí ledvin, u osob s předchozí reakcí na kontrastní látku.

Celkově se dá říci, že při správné indikaci a správném provedení výkonu je výskyt závažnějších komplikací velmi nízký.

**Doplňující dotazy:** Pokud některým informacím plně nerozumíte, neváhejte se znovu zeptat ošetřujícího lékaře. Vaše doplňující dotazy:

---



---

### Souhlas pacienta

Prohlašuji, že se mnou lékař/lékařka provedl/a pohovor, při kterém mne vyčerpávajícím způsobem seznámil/a s plánovaným výkonem – **cílená punkční biopsie**, riziky i případnými komplikacemi (jinými možnými postupy). Všem informacím jsem rozuměl/a a měl/a jsem též dostatek času si vše rozvážit. Měl/a jsem možnost položit lékaři doplňující dotazy, které mne v souvislosti s výkonem zajímaly. Pokud tomu tak bylo, byly mi dostatečně zodpovězeny. Nezatajil jsem žádné skutečnosti týkající se zdravotního stavu, které by mohly mít vliv na úspěch zákroku.

***SOUHLASÍM / NESOUHLASÍM*** \* s uvedeným výkonem

V Pelhřimově dne: .....

Podpis pacienta: .....

**Jméno a podpis zákonného zástupce:** .....  
(u pacientů nezletilých nebo zbavených způsobilosti k právním úkonům)

**Podpis lékaře:** .....

\* *nehodící se škrtněte*

### Prohlášení svědka

(v případě, že pacient souhlasí / nesouhlasí, ale nemůže se podepsat)

Jméno svědka: \_\_\_\_\_

Prohlašuji, že pacient přede mnou projevil, že po poskytnutém poučení **souhlasí / nesouhlasí** \* s výkonem včetně všech jednotlivých výše uvedených prohlášení.

Pacient se nemůže podepsat z důvodu, že: \_\_\_\_\_

Pacient projevil svůj *souhlas / nesouhlas* \* tak, že: \_\_\_\_\_

