

## Informovaný souhlas s bioptickým vyšetřením pod UZ kontrolou

Identifikační údaje pacienta/tky	
Jméno a příjmení	
Rodné číslo	
Trvalé bydliště	
Zdravotní pojišťovna	
Oddělení	

Identifikační údaje zákonného zástupce, opatrovníka	
Jméno a příjmení	
Rodné číslo	
Trvalé bydliště	
Vztah k pacientovi	

### I. Vyplní lékař

Prohlašuji, že jsem pacienta/ku způsobilého k podpisu souhlasu řádně a srozumitelně seznámil/a se způsobem provedení plánovaného výkonu, který přichází v souvislosti s léčebným, případně diagnostickým, postupem v úvahu. Rovněž jsem pacienta/ku seznámil/a s možnými častějšími komplikacemi a riziky, včetně těch nejzávažnějších.

Datum a čas: \_\_\_\_\_

Razítko a podpis lékaře: \_\_\_\_\_

### II. Vyplní pacient/ka (zákonný zástupce, opatrovník)

1. Prohlašuji, že jsem byl/a řádně a srozumitelně lékařem informován/a (poučen/a) o důvodu, účelu, předpokládaném úspěchu, způsobu provedení, následcích i možných komplikacích plánovaného výkonu. Dále mi byly vysvětleny možné alternativy včetně jejich komplikací a zdravotní následky, pokud plánovaný výkon nepodstoupím (odmítnu).  
Měl/a jsem možnost klást lékaři doplňující dotazy, a pokud tomu tak bylo, na veškeré mé dotazy jsem obdržel/a vysvětlení, kterému jsem porozuměl/a.
2. Bylo mi podáno vysvětlení, že v případě výskytu neočekávaných komplikací vyžadujících neodkladné provedení dalších výkonů k záchraně života, budou tyto výkony provedeny.
3. Byl/a jsem seznámen/a s právem pacienta odmítnout navržený postup a/nebo kdykoliv odvolat svůj souhlas s výkonem.

Přečetl/a jsem si formulář Poučení pacienta/ky před tímto výkonem.

S provedením výše uvedeného výkonu souhlasím. **Informovaný souhlas s výkonem** vlastnoručně podepisuji svobodně a bez jakéhokoliv nátlaku.

Datum \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Podpis pacienta/ky,  
(zákonného zástupce, opatrovníka)**

\_\_\_\_\_  
**Podpis svědka/ů**

Poznámka:

aktuální stav pacienta neumožnil jeho vyjádření k navrženému postupu/výkonu

pacient (zákonný zástupce, opatrovník) odmítl podepsat

Z důvodu: \_\_\_\_\_

Způsob projevu souhlasu: \_\_\_\_\_

Způsob projevu nesouhlasu: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Podpis svědka/ů: \_\_\_\_\_

Razítko a podpis lékaře: \_\_\_\_\_

## Poučení pacienta/ky před výkonem

### Vážená paní, vážený pane,

Jelikož se významným způsobem podílíte na diagnostickém a léčebném postupu, který byl navržený pro Vaši osobu, máte právo být před Vaším rozhodnutím o těchto postupech podrobně informován/a.

Následující informace Vás seznámí s problematikou povahy výkonu a pomohou Vám připravit se na rozhovor s lékařem, který Vás bude informovat o navrhovaném postupu.

**Důvod (indikace) tohoto výkonu:** Odebrání vzorku dané tkáně k dalšímu rozboru.

**Definice (pojem):** Intervenční výkon prováděný v místním znecitlivění poloautomatickou jehlou.

**Postup při provádění výkonu (povaha výkonu):** Nejprve Vám bude provedeno ultrazvukové vyšetření, při kterém bude zvolena optimální poloha k odběru vzorku (na zádech, na boku či na bříše). Místo předpokládaného vpichu se následně odezinfikuje a zarouškuje. Po lokálním znecitlivění kůže zavede lékař za kontroly ultrazvukem k místu oděru poloautomatickou jehlou, kterou vyřízne z daného místa váleček tkáně. Vzhledem k tomu, že jednotlivé odebrané vzorky jsou velmi malé, je třeba odebrat jich několik, zpravidla 3 – 5. Během vyšetření budete v neustálém kontaktu s lékařem, který odběr provádí. Veškeré negativní pocity ihned sdělte lékaři.

**Alternativy výkonu:** Odběr tkáně při operaci.

**Možné komplikace a rizika:** Komplikací může být místní krvácení, poranění orgánu, ze kterého je vzorek odebírán, poranění okolních orgánů, proděravění zažívacího traktu, zánět pobříšnice, bakteriémie a sepse (vyplavení bakterií do krevního oběhu). Vzácně se může objevit i alergická reakce na lokálně aplikované anestetikum. Komplikace si mohou vyžádat prodloužení hospitalizace a léčení, případně operační výkon.

**Režim pacienta před výkonem:** Výkon se provádí obvykle za hospitalizace. Před výkonem jsou provedeny odběry krevní srážlivosti, 4 hodiny před výkonem se nejí, nepije.

Léky na „ředění krve“: V případě, že užíváte léky „na ředění krve“ je potřeba je vysadit s dostatečným předstihem. Vyhledejte příbalový leták léku, který užíváte na ředění krve. Zde je uvedena účinná látka. Níže

uvedené jsou léky včetně nejčastějších firemních názvů (nemusí být uvedeny všechny firemní názvy v současné době dostupné na trhu) včetně nezbytné doby vysazení:

### Léky na „ředění krve“

V případě, že užíváte léky „na ředění krve“, je potřeba je vysadit s dostatečným předstihem. Vyhledejte příbalový leták léku, který užíváte na ředění krve. Zde je uvedena účinná látka. Nižší uvedené jsou léky včetně nejčastějších firemních názvů (nemusí být uvedeny všechny firemní názvy v současné době dostupné na trhu) včetně nezbytné doby vysazení:

- Kyselina acetylosalicylová (Anopyrin, Acylpirin, ...), Clopidogrel (Plavix, Zyllt, Iscover, ...), Ticlopidin (Ticlid, Apo-Tic, Apotic, Tagren, ...) – 7 dní
- Dabigatran (Pradaxa), Rivaroxaban (Xarelto), Apixaban (Eliquis), Edoxaban (Lixiana) – 2 dny
- Indobufen (Ibustrin) – 1 den
- Nízkomolekulární heparin (Fraxiparine, Clexane, ...) – poslední dávku aplikovat večer před výkonem (musí být odstup minimálně 8 hodin).
- Warfarin (Pelentan, Lavarin) – 7 dní před výkonem. Provést odběry 1 den před výkonem (KO, aPTT a Quick) a výsledky s sebou přinést k vyšetření! Pro provedení terapeutického výkonu je nezbytné, aby hodnoty byly v normě. V indikovaných případech je nutno jej nahradit podáváním nízkomolekulárního heparinu (viz upozornění výše) – poradte se s Vaším ošetřujícím lékařem (který Vám řídí podávání léku na ředění krve).  
**V případě, že nebude lék vysazen v dostatečném předstihu před vyšetřením, nebude možno současně provést terapeutický (léčebný) výkon (například odstranění polypu) a bude se muset výkon opakovat.**

### Znecitlivění

- Výkon provádíme v místním znecitlivění – aplikací lokálního anestetika do místa vpichu.

**Režim pacienta po provedení výkonu (důsledky zákroku):** Transport na oddělení bude vleže na lehátku. V následujících 24 hodinách je nezbytný klid na lůžku, kontrola místa vpichu a sledování fyziologické funkce. Po výkonu nesmíte jíst ani pít do doby než Vám to bude povoleno Vaším lékařem.

Datum \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Podpis pacienta/ky,  
(zákonného zástupce, opatrovníka)**