



INFORMOVANÝ SOUHLAS S VÝKONEM CÍLENÁ JATERNÍ BIOPSIE

Jméno pacienta:

Rodné číslo:

štítek

ALERGIE.....

Definice: Cílená jaterní biopsie pod ultrazvukovou kontrolou je metoda, která slouží k odběru vzorku tkáně z přesně určené části pacientových jater.

Cíl a důvod výkonu: Tato metoda se provádí u pacientů s onemocněním jater za účelem stanovení přesné diagnózy, eventuálně objasnění příčiny onemocnění a určení rozsahu poškození jater ze vzorku odebrané jaterní tkáně, který se odesílá na histologické vyšetření do laboratoře.

Alternativy k výkonu: nejsou

Příprava před výkonem: provádí se nalačno, v den výkonu od půlnoci nejíst, nepít, nekouřit

Postup při výkonu: vyšetření se provádí při vědomí, za plné spolupráce pacienta. Pacient se uloží do polohy na zádech. Lékař provede injekčně místní znecitlivění kůže a podkoží v oblasti mezižebří vpravo. Po místním znecitlivění zaměří ultrazvukem přesné místo odběru tkáně, který provede následným vpichem punkční jehly do jater a odebere tak jejich vzorek. Odběr vzorku jater probíhá za přísně sterilních podmínek.

Průběh a péče po výkonu/případná omezení: po výkonu je místo vpichu ošetřeno sterilním obvazem (náplastí), dle potřeby se může též místo vpichu zatížit (stlačit, komprimovat). Pacient je po výkonu uložen na lůžko (postel), kde setrvává v klidu v poloze na pravém boku. Lékař stanoví dobu, kdy pacient může vstát a pohybovat se a kdy po výkonu dostane napít a jíst. Vše zpravidla bývá několik hodin po provedené biopsii.

Možné časté komplikace a následující rizika: I tento, jako každý lékařský výkon, může mít komplikace. Ve většině případů je tento výkon minimálně bolestivý, ovšem pacient může někdy pociťovat mírnou bolest v pravém boku, která vyzařuje do pravého ramene a pravé poloviny krku. Někdy je bolest větší, závislá na dýchání a zhoršuje se hlubokým nádechem. Této komplikaci můžeme částečně předcházet aplikací léků zmírňujících bolest. Další, méně častou komplikací, může být krvácení do dutiny břišní nebo infekce. Vyšetřující lékař pacientovi vše na požádání srozumitelně vysvětlí.

Datum:

Jméno lékaře: **Podpis lékaře:**

PACIENT / ZÁKONNÝ ZÁSTUPCE:

1. Přečtete si laskavě pozorně text tohoto souhlasu.
2. Pokud jste plně nerozuměli lékařovu vysvětlění, nebo pokud potřebujete doplňující informace, neváhejte se lékaře znovu zeptat.
3. Pokud souhlasíte s textem prohlášení, podepište jej.



Já, pacient / zákonný zástupce prohlašuji, že jsem byl/a lékařem srozumitelně a včas informován/a o povaze lékařského výkonu / lékařského postupu uvedeného výše, byl jsem též informován/a o možných rizicích tohoto výkonu. Měl/a jsem možnost klást lékaři doplňující dotazy a pokud tomu tak bylo, veškeré mé dotazy byly zodpovězeny. Své rozhodnutí činím po pečlivé úvaze a po posouzení všech rozhodujících skutečností.

Na základě tohoto poučení prohlašuji, že souhlasím:

- s uvedeným léčebným postupem,
- s tím, že může být proveden jakýkoliv další související výkon, pokud by jeho neprovedení bezprostředně ohrozilo můj zdravotní stav / zdravotní stav opatrované osoby a vzhledem ke konkrétní situaci nebude možno získat můj aktuální souhlas.

Jsem srozuměn/a s tím, že:

- uvedený léčebný postup nemusí být proveden lékařem, který mne dosud ošetřoval,
- souhlas se pokládá za informovaný také v případě, že se podle § 32 odst. 1 zákona č. 372/2011 Sb. podání informace vzdávám.

Souhlasím s poskytnutím informací:

ano ne

Datum: **Podpis pacienta:**

Jméno a podpis zákonného zástupce (1):

Jméno a podpis zákonného zástupce (2):

Jméno a podpis pacientem určené osoby při přijetí v Informovaném souhlasu s hospitalizací:

.....

POKUD SOUHLAS NELZE PACIENTEM PODEPSAT, VYPLŇTE DLE SITUACE VARIANTU A) NEBO B):

a) **Jméno svědka (zdravotnický pracovník):**

Podpis:

Datum:

b) **Jméno svědka:** **Rodné číslo:**

Adresa bydliště: **Číslo OP:**

Datum: