



Thomayerova nemocnice
Václavská 800, 140 59 Praha 4 – Krč
IČO: 00064190

INFORMOVANÝ SOUHLAS S PUNKCÍ ŠTÍTNÉ ŽLÁZY (FNAB)

Jméno pacienta:

Rodné číslo:

štítek

ALERGIE:.....

Definice: Punkce štítné žlázy je diagnostický výkon k vyšetřování strukturálních změn štítné žlázy. Jedná se o vpich tenkou jehlou přes kůži na krku do laloků štítné žlázy pod sonografickou (ultrazvukovou) kontrolou.

Cíl a důvod výkonu: FNAB (fine needle aspiration biopsy /aspirační biopsie tenkou jehlou) je jediná metoda, kterou jsme schopni určit charakter buněk v patologickém útvaru štítné žlázy. Hlavním důvodem vyšetření je vyloučit přítomnost nádorových buněk. Pomocí punkce štítné žlázy jsme také schopni odsát nahromaděnou tekutinu například v cystě a tím i léčit.

Alternativy k výkonu: nejsou

Příprava před výkonem: Před vlastním výkonem žádná speciální příprava není, pouze je nutné cca 7-10 dní před výkonem vysadit léky typu Anopyrin, Godasal (léky na „ředění krve“) či tzv. NSA – nesteroidní antirevmatika jako např. Brufen, Ibalgin, Diclofenac atd. **Zvláštní opatření je třeba u pacientů užívajících dlouhodobě léky Warfarin, Xarelto, Pradaxa a další léky (tzv. antikoagulanty). U těchto preparátů je nutné jejich vysazení, eventuálně náhrada nízkomolekulárním heparinem (injekcemi). Přesný režim vysazení těchto preparátů je nutné podrobně připravit s ošetřujícím lékařem. V každém případě je vždy nutné vyšetřujícího endokrinologa informovat o všech aktuálně užívaných lécích.**

Postup při výkonu: Výkon se provádí vleže v poloze na zádech. Lékař nejprve provede zaměření štítné žlázy ultrazvukovou sondou. Poté vydesinfikuje místo vpichu jehly desinfekčním prostředkem a pod sonografickou kontrolou provede vpich a odběr vzorku nasátím do stříkačky. Výkon v oblasti krku může v pacientovi vyvolávat obavy, ale nejedná se skutečně o zatěžující vyšetření. Samotný vpich může být nepříjemný, ale celý výkon je časově velmi krátký / cca 5-15 s /. Po výkonu je místo vpichu přelepeno a pacient zůstane v poloze vleže na zádech.

Průběh a péče po výkonu/případná omezení: Po výkonu je místo vpichu přelepeno a pacient zůstane v poloze vleže na zádech. Po krátké době (cca 2- 5 minut) se již může posadit a lékař jej znovu zkontroluje. Dále pacient vyčká dalších cca 15 min v ordinaci či v čekárně a poté je znovu zkontrolován lékařem a v případě absencí komplikací propuštěn domů. Místo po vpichu jehly je vhodné ještě následující hodinu po výkonu tisknout prstem, aby se zabránilo případnému krvácení v místě vpichu. V den výkonu je nutné zachovat v domácím prostředí šetrný režim, vyhnout se větší fyzické aktivitě, odpočívat, eventuálně místo vpichu chladit ledem.

Možné časté komplikace a následující rizika: Po výkonu je běžné, že je v místě vpichu cítit mírný tlak až do druhého dne. Pokud se objeví silnější bolestivost, teplota, otok- zduření či rozsáhlejší modřina v místě vpichu, anebo rána stále krvácí, je nutné se neprodleně dostavit na kontrolu do nemocnice.



Datum:

Jméno lékaře: **Podpis lékaře:**

PACIENT / ZÁKONNÝ ZÁSTUPCE:

1. Přečtete si laskavě pozorně text tohoto souhlasu.
2. Pokud jste plně nerozuměli lékařovu vysvětlení, 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/a 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: