

PERKUTÁNNÍ BIOPSIE POD KONTROLOU VÝPOČETNÍ TOMOGRAFIE

Pacient/ka: Narozen/a:
titul jméno příjmení

Rodné číslo (číslo pojištění): / Kód ZP:

Bydliště:

Zákonný zástupce: Vztah:
titul jméno příjmení (např. matka, otec, opatrovník aj.)

Narozen/a: Bydliště:
(liší-li se od bydliště pacienta/ky)

Vážená paní, vážený pane,

na základě zhodnocení Vašeho zdravotního stavu a předchozích vyšetření Vám ošetřující lékař doporučil provedení perkutánní biopsie pod kontrolou výpočetní tomografie (CT). Máte právo svobodně se rozhodnout o postupu při poskytování zdravotních služeb Vaší osobě (Vašemu dítěti), pokud jiné právní předpisy toto právo nevylučují. K provedení navrhovaného zdravotního výkonu je potřeba Vašeho souhlasu. Pro usnadnění rozhodnutí Vám chceme podat následující informace.

Důvod provedení výkonu

Perkutánní biopsie je vyšetření, při kterém se po místním znecitlivění pomocí speciální tenké jehly odebere přes kůži jeden nebo více vzorků tkáně. Ty se pak použijí k podrobné laboratorní nebo mikroskopické analýze za účelem stanovení diagnózy nebo jejího zpřesnění.

Alternativy (jiné možnosti) výkonu / léčby

Perkutánní biopsie je využívána v případech, kdy nelze diagnózu stanovit metodou, která nezasahuje do celistvosti těla (rentgenové vyšetření, ultrasonografie, výpočetní tomografie, magnetická rezonance a podobně). Výkon provádí lékař – radiolog. Jedná se o relativně šetrnou metodu, která zatěžuje nemocné méně než je takzvaná otevřená biopsie, při níž se vzorky tkáně získávají během operačního výkonu.

Příprava k výkonu

Perkutánní biopsie pod kontrolou výpočetní tomografie se provádí za hospitalizace. Před výkonem nesmíte minimálně po dobu 4 hodin jíst, pít ani kouřit. V odůvodněných případech může být tento interval (časový úsek) i delší. Pokud užíváte nějaké léky, můžete je (s výjimkou léků na snížení krevní srážlivosti – takzvané ředění krve) užít normálním způsobem. Před výkonem Vám bude zkontrolována krevní srážlivost. Pokud ji máte sníženou, provede Vám ošetřující lékař její úpravu na normální hodnotu. Vlastní výkon se provádí v místním znecitlivění, které aplikuje radiolog pomocí injekce znecitlivivujícího prostředku do místa odběru.

Postup při výkonu

V úvodu výkonu bude provedeno takzvané plánovací vyšetření, které umožní přesné zaměření orgánu, ze kterého bude vzorek odebrán. Neliší se nijak od běžného vyšetření výpočetní tomografií. V odůvodněných případech se toto plánovací vyšetření provádí po injekci kontrastní látky do žíly na předloktí. Po plánovacím vyšetření Vám bude na těle bezbolestně označeno místo vpichu bioptické jehly. Poté se provede znecitlivění.

Po ověření jeho účinnosti zavede radiolog do vyšetřovaného orgánu tenkou jehlu, pomocí které bude odebrán vzorek tkáně. Odběr může být několikrát opakován, aby bylo možno získat dostatečný objem tkáně. Po biopsii Vám bude místo vpichu ošetřeno a budete odvezen/a na lůžkové oddělení. Vzorky budou odeslány k dalšímu zpracování.

Rizika, následky a možné komplikace výkonu

Výskyt komplikací při perkutánní biopsii je malý, ale nelze jej zcela vyloučit. Běžné je malé krvácení v místě vpichu a bolest po ukončení účinku znecitlivění. Vzácně může dojít k většímu krvácení nebo zánětu v místě vpichu vyžadujícímu další ošetření. U výkonů na hrudníku může do pohrudniční dutiny vniknout vzduch, který způsobí takzvaný pneumothorax. Většinou je malý a nevýznamný. V případě, že je větší, musí

Tento formulář ani žádná jeho část nesmí být reprodukovány, publikováni a šířeni žádným způsobem a v žádné podobě bez výslovného svolení vedení FN Plzeň.



být odsát hrudním drénem (hadičkou). Výjimečně se může stát, že se odebraný vzorek i přes veškerou snahu ukáže jako nedostatečný a výkon musí být se souhlasem pacienta zopakován.

Chování po výkonu, možná omezení

Po nezbytně nutnou dobu budete po výkonu z důvodu vyloučení komplikací sledován/a na lůžkovém oddělení. Nezbytné je dodržovat po tuto dobu klidový režim. Pokud by se po Vašem propuštění ze zdravotnického zařízení vyskytly nějaké zdravotní komplikace, vyhledejte neprodleně lékařskou pomoc.

Dovoluujeme si Vás informovat, že na poskytování zdravotních služeb v naší nemocnici se mohou podílet osoby získávající způsobilost k výkonu povolání zdravotnického pracovníka nebo jiného odborného pracovníka, a to včetně nahlížení do zdravotnické dokumentace. Přítomnost těchto osob při poskytování zdravotních služeb můžete odmítnout a jejich nahlížení do zdravotnické dokumentace můžete během svého léčení zakázat. Bližší informace Vám na vyžádání poskytne ošetřující lékař.

PROHLÁŠENÍ PACIENTA/KY (ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE)

Byl/a jsem seznámena s údaji o účelu, povaze, předpokládaném prospěchu, následcích a možných rizicích navrhovaných zdravotních služeb (zdravotního výkonu).

Byl/a jsem seznámen/a s alternativami (jinými možnostmi) navrhovaných zdravotních služeb (zdravotního výkonu), s jejich výhodami a riziky a měl/a jsem možnost si jednu z alternativ zvolit (pokud tato možnost volby existuje a pokud výkon nepodléhá zvláštním právním předpisům).

Byl/a jsem seznámen/a s možnými omezeními v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti po poskytnutí zdravotních služeb (po zdravotním výkonu) a s možnými očekávanými změnami zdravotního stavu a zdravotní způsobilosti.

Byl/a jsem seznámen/a s léčebným režimem, vhodnými preventivními opatřeními a s možnými kontrolními zdravotními výkony.

Byl/a jsem poučen/a o právu svobodně se rozhodnout o postupu při poskytování zdravotních služeb, pokud jiné právní předpisy toto právo nevyklučují.

Nezamlčel/a jsem žádné mně známé údaje o zdravotním stavu, které by mohly nepříznivě ovlivnit léčbu či ohrozit mé okolí, zejména rozšířením infekční choroby.

Prohlašuji, že mi byla poskytnuta podrobná informace o implantovaném zdravotnickém prostředku podle zvláštního právního předpisu. (Toto prohlášení se týká pouze pacientů s implantovaným zdravotnickým prostředkem.)

Prohlašuji, že jsem byl/a poučen/a o možnosti odvolání tohoto informovaného souhlasu a беру na vědomí, že případné odvolání souhlasu nebude účinné, pokud již bude započato provádění zdravotního výkonu, jehož přerušování může způsobit vážné poškození zdraví nebo ohrožení života.

V případě výskytu neočekávaných komplikací vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků nutných k záchraně života nebo zdraví souhlasím, aby byly provedeny veškeré další potřebné a neodkladné výkony nutné k záchraně života nebo zdraví.

Prohlašuji, že jsem mohl/a klást doplňující otázky, na které mi bylo řádně odpovězeno, a že jsem informacím a poučení plně porozuměl/a a souhlasím s poskytnutím navrhovaných zdravotních služeb (zdravotním výkonem).

Informace uvedené v tomto souhlasu s poskytnutím zdravotních služeb týkající se nezletilého pacienta (pacienta s omezenou svéprávností) byly tomuto pacientovi poskytnuty přiměřeně jeho rozumové a volní vyspělosti.

POSOUZENÍ ZPŮSOBILOSTI NEZLETILÉHO PACIENTA NEBO PACIENTA S OMEZENOU SVÉPŘÁVNOSTÍ K VYSLOVENÍ SOUHLASU:

(vyplní lékař/ka poskytující údaje a poučení)

- Pacient/ka **je** rozumově a volně vyspělý/á k vyslovení souhlasu s poskytnutím navrhovaných zdravotních služeb.
- Pacient/ka **není** rozumově a volně vyspělý/á k vyslovení souhlasu s poskytnutím navrhovaných zdravotních služeb.



Pacient/ka:

Rodné číslo:

Prohlášení indikujícího lékaře:

Prohlašuji, že jsem řádně informoval výše uvedeného pacienta (zákonného zástupce) o účelu, povaze a alternativách plánovaného vyšetření způsobem, který byl dle mého soudu pro něj srozumitelný. Dále jsem ověřil kontraindikace vyšetření.

.....
jmenovka (hůlkovým písmem nebo razítkem)

ZOK

podpis

Prohlášení provádějícího lékaře:

Prohlašuji, že jsem řádně informoval výše uvedeného pacienta (zákonného zástupce) o provedení, rizicích a možných komplikacích plánovaného vyšetření způsobem, který byl dle mého soudu pro něj srozumitelný. Dále jsem ověřil kontraindikace lékařského ozáření.

.....
jmenovka (hůlkovým písmem nebo razítkem)

ZOK

podpis

V Plzni dne: v hodin

.....
podpis pacienta/ky (podpis zákonného zástupce)

Vyplňte v případě, že pacient/ka je způsobilý/á k udělení souhlasu, ale nemůže se s ohledem na svůj zdravotní stav podepsat (např. pro úraz horní končetiny):

Současný zdravotní stav pacienta/ky nedovoluje, aby podepsal/a tento souhlas, protože:

Náhradní způsob projevu vůle (souhlasu):

kývnutím hlavy gestem: očima jinak:

Svědék:
jméno a příjmení podpis (není-li svědek zaměstnancem FN Plzeň, uveďte se adresa a datum narození)

Vyplňte v případě, že pacient/ka (zákonný zástupce) odmítl/a souhlas podepsat:

Pacient/ka (zákonný zástupce) odmítl/a tento souhlas podepsat.

Lékař/ka (zdravotnický pracovník) poskytující údaje a poučení:

.....
jmenovka (hůlkovým písmem nebo razítkem)

ZOK

podpis

Svědék:
jméno a příjmení podpis (není-li svědek zaměstnancem FN Plzeň, uveďte se adresa a datum narození)