

**Informovaný souhlas zákonného zástupce (opatrovníka) pacienta  
s biopsií ledviny**

|                                                            |                                    |
|------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| Pacient –<br>jméno a příjmení:                             | Rodné číslo (číslo<br>pojištěnce): |
| Datum narození:<br>(není-li rodné číslo)                   | Kód zdravotní<br>pojišťovny:       |
| Adresa trvalého pobytu pacienta:<br>(případně jiná adresa) |                                    |
| Jméno zákonného zástupce<br>(opatrovníka):                 | Rodné číslo:                       |

**Název výkonu**

**Biopsie ledviny**

**Účel výkonu**

Vyšetření vzorku ledvinové tkáně, které může umožnit stanovení diagnózy ledvinového onemocnění, a může pomoci při plánu léčby.

**Povaha výkonu**

Invazivní diagnostický výkon.

**Předpokládaný prospěch výkonu**

Stanovení diagnózy onemocnění ledvin, jeho rozsahu, závažnosti.

**Alternativa výkonu**

Není.

**Možná rizika zvoleného výkonu**

Krvácení, vytvoření krevní sraženiny, bolest.

**Následky výkonu**

Drobná (2 mm) jizva v lumbální krajině.

**Souhlas:**

**pozn. Vaši odpověď zakroužkujte:**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                          |     |    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|----|
| Byl(a) jsem srozumitelně informován(a) o alternativách výkonu u osoby, již jsem zákonným zástupcem (opatrovníkem), prováděných ve Fakultní nemocnici Olomouc, ze kterých mám možnost volit.                                                                                              | ANO | NE |
| Byl(a) jsem informován(a) o možném omezení v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti po provedení příslušného zdravotního výkonu, v případě možné nebo očekávané změny zdravotního stavu též o změnách zdravotní způsobilosti osoby, již jsem zákonným zástupcem (opatrovníkem). | ANO | NE |
| Byl(a) jsem informován(a) o léčebném režimu a preventivních opatřeních, která jsou vhodná u osoby, již jsem zákonným zástupcem (opatrovníkem), o provedení kontrolních zdravotních výkonů.                                                                                               | ANO | NE |

|                                                                                                                                                                                                                         |     |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|----|
| Všem těmto vysvětlením a informacím, které mi byly zdravotnickým pracovníkem sděleny a vysvětleny, jsem porozuměl(a), měl(a) jsem možnost klást doplňující otázky, které mi byly zdravotnickým pracovníkem zodpovězeny. | ANO | NE |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|----|

| Po výše uvedeném seznámení prohlašuji:                                                                                                                                                                                                      |     |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|----|
| - že souhlasím s navrhovanou péčí a s provedením výkonu. V případě výskytu neočekávaných komplikací souhlasím i s provedením všech dalších zákroků nutných k záchraně života nebo zdraví osoby, jíž jsem zákonným zástupcem (opatrovníkem). | ANO | NE |
| - že jsem lékařům nezamlčel(a) žádné mně známé údaje o zdravotním stavu osoby, jíž jsem zákonným zástupcem (opatrovníkem), jež by mohly nepříznivě ovlivnit její léčbu či ohrozit její okolí, zejména rozšířením přenosné choroby.          | ANO | NE |
| - že v případě nutnosti dávám souhlas k odběru biologického materiálu (krev, moč...) osoby, jíž jsem zákonným zástupcem (opatrovníkem) na potřebná vyšetření k vyloučení zejména přenosné choroby.                                          | ANO | NE |

| Datum: | Hodina | Podpis zákonného zástupce nebo opatrovníka |
|--------|--------|--------------------------------------------|
|        |        |                                            |

| Jméno a příjmení lékaře, který podal informaci | Podpis lékaře, který podal informaci |
|------------------------------------------------|--------------------------------------|
|                                                |                                      |