

Informovaný souhlas pacienta (zákonného zástupce pacienta) s biopsií submandibulární slinné žlázy

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

Název výkonu

**Biopsie submandibulární (podčelistní) slinné žlázy
(odebrání vzorku tkáně pomocí tenké jehly)**

Účel výkonu

Získání vzorku submandibulární slinné žlázy k zjištění přítomnosti patologického proteinu (α -synuklein, tau protein) v diagnostice Parkinsonovy nemoci a atypických parkinsonských syndromů.

Povaha výkonu

Před výkonem je nezbytné:

- provést vyšetření krevního obrazu,
- základní testy vyšetření krevní srážlivosti.

Vlastní výkon:

Punkce se provádí vleže na lůžku bez znečistlivění v místě vpichu. Následně je speciální tenkou jehlou proveden odběr vzorku slinné žlázy. Používáme moderní automatické jehly, výkon je jen minimálně bolestivý.

Po výkonu:

- setrvat 1 hodinu pod kontrolou zdravotnického personálu (při ambulantním zákroku).

V případě jakýchkoliv potíží (bolesti v oblasti místa vpichu na krku) okamžitě upozornit ošetřujícího lékaře!!!

Předpokládaný prospěch výkonu

Odebraná tkáň je odeslána k vyšetření, které vysoce citlivě a specificky přispívá k objasnění diagnózy u pacientů s Parkinsonovou nemocí nebo atypickým parkinsonským syndromem.

Alternativa výkonu

Není.

Následky výkonu

Tento výkon, je-li proveden bez komplikací, nemá žádné následky.

Možná rizika zvoleného výkonu

Úspěch vyšetřovacích opatření a jejich absolutní nerizikovitost nelze nikdy zcela zajistit. Odběr vzorku tkáně nevede k většímu krvácení, pokud ovšem netrpíte zvláštním sklonem ke krvácení.

Abychom snížili riziko komplikací na minimum, zodpovězte nám, prosím, následující otázky:

pozn. Vaši odpověď zakroužkujte:

1. Máte zvýšený sklon ke krvácení či trpíte tvorbou krevních podlitin již při malých poraněních nebo po vytržení zubu?	ANO	NE
2. Vznikají Vám snadno na kůži krevní podlitiny nebo se k tomu vyskytuje náchylnost ve Vašem příbuzenstvu (pouze pokrevní příbuzní)?	ANO	NE
3. Užíváte léky, které mění krevní srážlivost?	ANO	NE

Souhlas:

Byl(a) jsem srozumitelně informován(a) o alternativách výkonu 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.	ANO	NE
Byl(a) jsem informován(a) o léčebném režimu a preventivních opatřeních, která jsou vhodná, o provedení kontrolních zdravotních výkonů.	ANO	NE
Všem těmto vysvětlením a informacím, které mi byly lékařem sděleny a vysvětleny, jsem porozuměl(a), měl(a) jsem možnost klást doplňující otázky, které mi byly lékařem zodpovězeny.	ANO	NE

Po výše uvedeném seznámení prohlašuji:

- že souhlasím s provedením výkonu v místním znečistlivění, injekční aplikací anestetika do sliznice dutiny ústní.	ANO	NE
- že souhlasím s navrhovanou péčí a s provedením výkonu a v případě výskytu neočekávaných komplikací, vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků nutných k záchraně života nebo zdraví.	ANO	NE
- že jsem lékařům nezamlčel(a) žádné mně známé údaje o mém zdravotním stavu, jež by mohly nepříznivě ovlivnit moji léčbu či ohrozit mé okolí, zejména rozšířením přenosné choroby.	ANO	NE
- že v případě nutnosti dávám souhlas k odběru biologického materiálu (krev, moč...) na potřebná vyšetření k vyloučení zejména přenosné choroby.	ANO	NE

Datum	Hodina	Podpis pacienta nebo zákonného zástupce (opatrovníka)

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

Pokud se pacient nemůže podepsat, uveďte důvody, pro které se pacient nemohl podepsat:

Jak pacient projevil svou vůli:			
Jméno a příjmení zdravotnického pracovníka/svědka	Podpis zdravotnického pracovníka/svědka	Datum	Hodina