Informovaný souhlas pacientky (zákonného zástupce pacientky) s biopsií

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

Název výkonu

Získání vzorků tkání – tzv. biopsie

Účel výkonu

Cílem operace je odebrat vzorky tkání a podrobit je histopatologickému vyšetření. Jeho výsledek nám pomůže určit povahu Vašeho onemocnění, stanovit diagnózu a poskytne nám informace, které by měly vést k nalezení příčiny Vašich obtíží.

Povaha výkonu

Cílová tkáň: zde Váš ošetřující lékař uvede, z které oblasti a orgánu bude odběr tkáně proveden:

- ☐ **Zevní rodidla**
- ☐ **Pochva**
- ☐ **Děložní čípek**
- ☐ **Sliznice dutiny děložní - Endometrium**
- ☐ **Tkáň/útvar dutiny břišní**

Způsoby odběru: existuje více způsobů odběru tkáně z Vašeho těla

- pomocí speciální jehly nebo nástrojů
- pomocí speciálního nástroje pod ultrazvukovou kontrolou, tzv. Tru-cut biopsie tlustou jehlou, která může být provedena přes pochvu nebo břišní stěnu
- Součástí získání vzorků z děložního hrdla může být i získání jeho sliznice (kyretáž děložního hrdla).

Předpokládaný prospěch výkonu

Na podkladě odebraného vzorku tkáně z cílového orgánu, nebo útvaru bude provedeno histopatologické vyšetření, jehož výsledek by měl poskytnout informace, které by měly vést k nalezení příčiny Vašich obtíží.

Alternativa výkonu

Neexistuje

Následky výkonu

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

Možná rizika zvoleného výkonu

Žádný lékař Vám nemůže zaručit stoprocentní výsledek operace bez rizika. Výskyt uvedených komplikací je díky pokroku v medicíně řídký.
Při odběru vzorků tkáně z vulvy, pochvy nebo děložního hrdla je nejčastější komplikací krvácení. Vzácně se také může objevit infekce.
Při odběru vzorků tkáně v dutině břišní může dojít ke krvácení či neúmyslnému poškození okolních orgánů, např. močovodů, močového měchýře, střeva, cév, nervů, jater s možným dočasným nebo trvalým porušením jejich funkce. Tyto komplikace mohou vést k rozšíření operačního výkonu, případně k následnému operačnímu výkonu, za účelem léčby těchto komplikací.
Výskyt popsaných komplikací je velmi vzácný, je prováděna celá řada preventivních opatření za účelem minimalizace těchto rizik. Pokud se však i přesto nějaká komplikace objeví, jsme specializování na jejich léčbu.

Souhlas:

pozn. Vaši odpověď zakroužkujte:

Byla jsem srozumitelně informována o alternativách výkonu prováděných ve Fakultní nemocnici Olomouc, ze kterých mám možnost volit.	ANO	NE
Byla jsem informována 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
Byla jsem informována 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 porozuměla, měla jsem možnost klást doplňující otázky, které mi byly lékařem zodpovězeny.	ANO	NE

Po výše uvedeném seznámení prohlašuji:		
- 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, souhlasím s jejich provedením.	ANO	NE
- že jsem lékařům nezamlčela 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 pacientky** nebo zákonného zástupce (opatrovníka)

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

Pokud se pacientka nemůže podepsat, uveďte důvody, pro které se pacientka nemohla podepsat:			
Jak pacientka projevila svou vůli:			
Jméno a příjmení zdravotnického pracovníka/svědka	**Podpis zdravotnického pracovníka/svědka**	**Datum**	**Hodina**