



## Informovaný souhlas pacienta (zákonného zástupce pacienta) se sternální punkcí (odběrem vzorku kostní dřeně)

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

**Sternální punkce (odběr vzorku kostní dřeně z hrudní kosti)**

### Účel výkonu

Jedná se o výkon nezbytný k získání vzorku kostní dřeně k vyšetření mikroskopickému, případně imunologickému, molekulárně biologickému a cytogenetickému.

### Povaha výkonu

Aspirační punkce kostní dřeně je výkon prováděný v místním znecitlivění vpichem do dřeňové dutiny hrudní kosti nejčastěji v oblasti 2. mezižebří s následným nasátím kostní dřeně injekční stříkačkou.

### Předpokládaný prospěch výkonu

Vyšetření umožňuje stanovit přesnou diagnózu některých onemocnění krvevotvorby, posoudit rozsah řady nádorových onemocnění před zahájením léčby nebo posoudit účinnost absolvované léčby.

### Alternativa výkonu

S ohledem na individuální zvláštnosti každého pacienta se volí nasátí kostní dřeně nebo odběr vzorku na histologické vyšetření z oblasti hrudní kosti nebo zadního trnu kosti kyčelní.

### Možná rizika zvoleného výkonu

Úspěch lékařských výkonů a jejich absolutní nerizikovitost nelze nikdy zcela zajistit. Nejčastější možné komplikace jsou: - alergická reakce na dezinfekci (jod) či na znecitlivující látku,

- krátkodobá bolestivost v místě vpichu,
- vzácně krvácení z místa vpichu při některých onemocněních krvevotvorby či poruchách srážlivosti.

Zcela vzácně jsou popisovány případy vzniku nitrohruďního krvácení, poškození perikardu či vniknutí vzduchu do hrudní dutiny. Při předchozím postižení hrudní kosti osteoporózou nebo patologickým procesem může zcela výjimečně dojít k jejímu zlomení.

### Následky výkonu

U predisponovaných jedinců se místo vpichu může hojit drobnou jizvou. Dlouhodobé následky nejsou.

**Souhlas:****pozn. Vaši odpověď zakroužkujte:**

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 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 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	<b>Podpis pacienta</b> nebo zákonného zástupce (opatrovníka)

<b>Jméno a příjmení lékaře</b> , který podal informaci	<b>Podpis lékaře</b> , který podal informaci

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

--

**Jak pacient projevil svou vůli:**

--

<b>Jméno a příjmení zdravotnického pracovníka/svědka</b>	<b>Podpis zdravotnického pracovníka/svědka</b>	<b>Datum</b>	<b>Hodina</b>