

**Informovaný souhlas pacienta (zákonného zástupce pacienta) s trepanobiopsií
(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**Trepanobiopsie (odběr vzorku kostní dřeně z kosti kyčelní)****Účel výkonu**

Diagnostický - zjištění/vyloučení postižení kostní dřeně. Jedná se o výkon nezbytný k získání kompaktního vzorku kostní dřeně na histologické (mikroskopické) vyšetření.

Povaha výkonu

Biopsie se provádí v místním znecitlivění speciální silnější jehlou z trnu lopaty kosti kyčelní, obvykle vleže. Odebírá se kompaktní vzorek kostní tkáně i tekutá kostní dřeň.

Předpokládaný prospěch výkonu

Vyšetření umožňuje stanovit diagnózu některých onemocnění krve a posoudit rozsah řady nádorových onemocnění před zahájením léčby nebo posoudit účinnost absolvované léčby.

Histologické event. cytologické vyšetření kostní dřeně je základním vyšetřením používaným při diagnostice hematologických a hematologických onemocnění.

Alternativa výkonu

Není..

Možná rizika zvoleného výkonu

Úspěch lékařských výkonů a jejich absolutní nerizikovitost nelze nikdy zcela zajistit.

Nejčastější možné komplikace jsou:

- 1) alergická reakce na dezinfekci (jod) či na znecitlivující látku,
- 2) krátkodobá bolestivost v místě vpichu,
- 3) vzácně krvácení z místa vpichu při některých onemocněních krve či poruchách srážlivosti.
- 4) vytvoření podkožního krevního výronu

Následky výkonu

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

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	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