

Informovaný souhlas a seznámení s výkonem - biopsie z prsu quick-core-cut jehlou.

lékař, který provedl poučení (hůlkovým písmem)

jméno, příjmení, datum narození pacientky (hůlkovým písmem)

Dnešního dne jsem byla lékařem poučena o zdravotním výkonu, který mi má být proveden. Označení zdravotního výkonu (popřípadě několika výkonů): **punkční biopsie prsu pod ultrazvukovou (nebo stereotaktickou) kontrolou.**

Účelem tohoto zdravotního výkonu je: **zjištění přesného histologického složení nejednoznačné podezřelé formace v prsu**

Zdravotní výkon bude probíhat takto:

Bude provedeno znecitlivění místa vpichu injekcí anestetika (např. Mesocain 1%) a poté krátké naříznutí kůže. Pod ultrazvukovou (stereotaktickou) kontrolou bude zavedena bioptická jehla a pomocí bioptického zařízení bude odebráno několik vzorků k histologickému vyšetření. Následuje komprese místa vpichu a odběru tkáně, přiložení krycího obvazu.

Byla jsem poučena, že jako alternativa místo shora uvedeného lékařem doporučeného výkonu lze provést: **operační biopsii**

Byla jsem dále poučena, že lékařem doporučený výkon má následující rizika:

- Alergická reakce na znecitlivující látku – riziko těžkých reakcí je do 0,5 %
- Riziko krvácení a hematomu – modřiny s rizikem většího krvácení do 0,5 %

Beru na vědomí, že po provedení uvedeného zdravotního výkonu budu takto omezena v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti:

- Krycí obvaz do druhého dne
- V den výkonu omezení fyzické práce a sportovní aktivity

Prohlašuji a svým dále uvedeným vlastnoručním podpisem potvrzuji, že lékař, který mi poskytl poučení, mi osobně vysvětlil vše, co je obsahem tohoto písemného informovaného souhlasu a měla jsem možnost klást mu otázky, na které mi řádně odpověděl.

Prohlašuji, že jsem shora uvedenému poučení plně porozuměla a výslovně souhlasím s provedením zdravotního výkonu: punkční biopsie prsu pod ultrazvukovou (stereotaktickou) kontrolou.

Datum

Vyjádření souhlasu s vyšetřovacím nebo léčebným výkonem:

_____ podpis lékaře, který poučení provedl

_____ vlastnoruční podpis pacienta

Podpis svědků poučení a souhlasu pacienta, pokud pacient není schopen se vlastnoručně podepsat: (vyplňuje se pouze tehdy není-li pacient schopen se vlastnoručně podepsat, ať již z jakýchkoliv důvodů)

Vyjádření nesouhlasu s vyšetřovacím nebo léčebným výkonem:

_____ podpis lékaře, který poučení provedl

_____ vlastnoruční podpis pacienta

Nemocný byl poučen o možných následcích v případě nesouhlasu s navrhaným vyšetřovacím nebo léčebným výkonem.