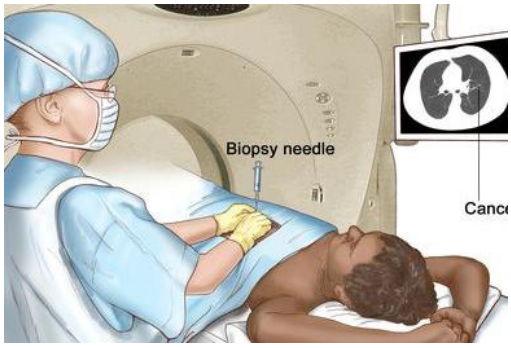
OBLASTNÍ NEMOCNICE KLADNO, a.s.,
nemocnice Středočeského kraje
272 59 Kladno, Vančurova 1548
IČO 27256537, tel. 312606111

Oblastní nemocnice Kladno, a.s.,
nemocnice Středočeského kraje

INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTA (KY)/ ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE S PUNKČNÍ BIOPSIÍ POD KONTROLOU VÝPOČETNÍ TOMOGRAFIE (CT)

Jméno a příjmení pacienta, datum narození

Jméno a příjmení zákonného zástupce, datum narození



Vážená paní, Vážený pane,

Váš ošetřující lékař si vyžádal punkční biopsii pod CT kontrolou. Jde o miniinvazivní výkon, při kterém lékař pomocí výpočetní tomografie (CT) přesně zaměří ložisko nebo jinou změnu v těle a tenkou bioptickou jehlou odebere vzorek tkáně k dalšímu vyšetření.

Účel, povaha a předpokládaný prospěch

Punkční biopsie umožňuje získat vzorek tkáně z místa, které je třeba jasně lokalizovat. Odebraný materiál je následně vyšetřen, nejčastěji histologicky nebo cytologicky. Výsledek může pomoci určit povahu změny, potvrdit nebo vyloučit onemocnění a zvolit další léčebný postup. CT kontrola umožňuje bezpečněji naplánovat směr a hloubku zavedení jehly s ohledem na okolní orgány a cévy.

Průběh výkonu

Před výkonem lékař zhodnotí CT snímky a určí nejvhodnější přístup k místu biopsie. Budete uložen/a do vhodné polohy na CT stole. Místo vpichu bude dezinfikováno a zpravidla místně znecitlivěno. Za opakované CT kontroly lékař zavede bioptickou jehlu k cílovému ložisku a odebere jeden nebo více vzorků tkáně. Během výkonu může být nutné na krátkou dobu zadržet dech nebo zachovat přesně stanovenou polohu. Po vytažení jehly se místo vpichu sterilně ošetří. Podle místa biopsie a Vašeho zdravotního stavu budete po výkonu po určitou dobu sledován/a zdravotnickým personálem.

Nejčastější rizika a důsledky výkonu

Nejčastěji se může objevit bolest, citlivost nebo drobné krvácení v místě vpichu. Může vzniknout krvácení v oblasti odběru nebo do okolních tkání; jen vzácně vyžaduje další léčbu, transfúzi, intervenční výkon či operaci. Při biopsii plic nebo ložiska v blízkosti pohrudnice může vzniknout pneumotorax (únik vzduchu mezi plíci a hrudní stěnu); většina případů nevyžaduje léčbu, někdy je však nutné zavést hrudní drenáž. Méně často může dojít k infekci, poranění okolního orgánu, cévy nebo nervu. Výjimečně nemusí odebraný vzorek postačovat ke stanovení diagnózy a biopsii je nutné opakovat nebo zvolit jinou metodu. Při CT kontrole se používá rentgenové záření. Velmi vzácně mohou vzniknout závažné komplikace vyžadující intenzivní léčbu.

Další postup a režimová opatření po provedení výkonu

Na místo biopsie Vám bude přiložen krycí obvaz do druhého dne. Po výkonu budete odvezen(a) na pokoj nemocničním personálem. Při zhoršení zdravotního stavu ihned kontaktujte zdravotnický personál.

Možné alternativy

Podle typu a umístění nálezu může být alternativou sledování zobrazovacími metodami, biopsie pod kontrolou ultrazvuku nebo jiné zobrazovací metody, endoskopický či operační odběr vzorku. V některých případech však jiný způsob odběru nemusí být vhodný nebo může být spojen s větší zátěží. Vhodnou alternativu, její výhody a rizika s Vámi probere indikující lékař.

Podpis a razítko lékaře indikujícího výkon:

_____

Datum: _____

Souhlas s výkonem

Já níže podepsaný/á pacient/ka /zákonný zástupce tímto prohlašuji, že mě lékař náležitě a srozumitelně informoval a vysvětlil důvod provedení vyšetření, takovým způsobem, který je pro mě srozumitelný. Vysvětlení jsem plně pochopil/a a vzal/a na vědomí. Zároveň stvrzuji, že jsem podal/a pravdivé informace o zdravotním stavu. Nezamlčel/a jsem žádné skutečnosti, které by mohly mít vliv na prováděný výkon.

Informující lékař mě seznámil s možnými alternativami. Byl/a jsem též informován/a o možných rizicích a komplikacích tohoto vyšetření. **Rozumím informacím, které mi lékař poskytl.** Měl/a jsem možnost klást lékaři doplňující dotazy a pokud tomu tak bylo, dotazy mi byly zodpovězeny a nemám další otázky.

Současně prohlašuji, že v případě výskytu neočekávaných komplikací, vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků, nutných k záchraně mého života nebo zdraví, souhlasím s tím, aby byly provedeny veškeré další potřebné a neodkladné výkony nutné k záchraně mého života nebo zdraví.

Na základě tohoto poučení dávám **svůj plný informovaný souhlas** s provedením vyšetření, což stvrzuji svým vlastnoručním podpisem.

Podpis pacienta/ky /zákonného zástupce pacienta:

_____

Datum: _____

Prohlašuji, že jsem pacientovi/ce (zákonnému zástupci) osobně zodpověděl doplňující dotazy a pacient/ka (zákonný zástupce) vyslovil/a svůj informovaný souhlas s výkonem.

Podpis a razítko lékaře:

_____

Datum a čas: _____

Otázky a odpovědi

Tento prostor využijte pro zaznamenání Vašich případných dotazů k vyšetření.

_____

_____

_____