

Informovaný souhlas pacienta(tky) s výkonem

Biopsie spánkové tepny

Vážená paní, Vážený pane,

vzhledem k tomu, že jako svéprávný jedinec se podílíte významným způsobem na diagnostickém a léčebném postupu navrženém u Vaší osoby, máte nezadatelné právo být před Vaším rozhodnutím o těchto postupech podrobně informován(a).

Na základě Vašeho aktuálního zdravotního stavu Vám byla lékařem doporučena biopsie spánkové tepny.

Co je to biopsie spánkové tepny:

Biopsie spánkové tepny je diagnostický výkon, při kterém je proveden odběr vzorku cévy (temporální arterie), který bude odeslán na histologii/cytologii za účelem stanovení diagnózy. Dle výsledků histologie bude navržen konkrétní léčebný postup.

Jaký je důvod (indikace) tohoto výkonu:

Poskytuje lékaři informace, které nelze získat jiným způsobem a které mnohdy zásadním způsobem ovlivní léčbu.

Alternativy výkonu:

Toto vyšetření nemá srovnatelnou alternativu.

Jaký je režim pacienta před výkonem:

Výkon probíhá obvykle za hospitalizace. V rámci přípravy k výkonu absolvujete vyšetření podle doporučení lékaře (včetně odběrů krve).

Jaký je postup při provádění výkonu:

Biopsie spánkové tepny se provádí obvykle v lokálním znecitlivění. Malým řezem se pronikne k cévě. Malá část cévy (obvykle do 3 cm) se odebere a rána se poté sešije.

Jaké jsou možné komplikace a rizika:

Krvácení, modřina, infekce, poškození nervu (paréza n. VII), zaměnění tepny s žílou, špatné hojení rány, esteticky nevyhovující kožní jizva.

Jaký je režim pacienta po provedení výkonu:

Klidový režim, běžná péče o ránu, pravidelné kontroly, lokální léčba (např. antibiotická mast).

Identifikační údaje pacienta(tky):

Příjmení:	Jméno:	Titul:	RČ:
-----------	--------	--------	-----

Identifikační údaje zákonného zástupce, opatrovníka:

Příjmení:	Jméno:	Datum narození:
-----------	--------	-----------------

Plánovaný výkon:

Biopsie spánkové tepny

Vysvětlující pohovor provedl:

identifikace a podpis lékaře

Prohlašuji, že mi byl náležitě objasněn důvod, předpokládaný prospěch, způsob provedení, následky i možná rizika a komplikace plánovaného výkonu. Dále mi byly vysvětleny možné alternativy včetně jejich komplikací a zdravotní důsledky vyplývající z nepodstoupení plánovaného výkonu. Měl(a) jsem možnost

zeptat se lékaře na všechno, co mě ve vztahu k plánovanému výkonu zajímá a obdržel(a) jsem vysvětlení, kterému jsem porozuměl(a). S provedením výše uvedeného výkonu souhlasím.

Dále prohlašuji, že jsem pravdivě informoval(a) ošetřujícího lékaře o dosavadním vývoji zdravotního stavu, včetně informací o infekčních nemocech, o zdravotních službách poskytovaných jinými poskytovateli, o užívání léčivých přípravků, včetně užívání návykových látek, a dalších skutečnostech podstatných pro poskytování zdravotních služeb a nezatajil(a) jsem žádné okolnosti svého zdravotního stavu, které jsou překážkou v provedení výkonu či mohou být v jakékoli souvislosti se vznikem komplikací.

Bylo mi podáno vysvětlení, že v případě výskytu neočekávaných komplikací vyžadujících neodkladné provedení dalších výkonů nutných k záchraně mého života nebo zdraví, budou tyto výkony provedeny.

V Ostravě dne:

.....
podpis pacienta(tky), zákonného zástupce,
opatrovníka