

Informovaný souhlas pacienta(tky) s výkonem

Odběr podkožního tuku

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 byl lékařem doporučen odběr podkožního tuku s následným vyšetřením vzorku na přítomnost amyloidu.

Toto vyšetření je dobrovolné a kdokoli z vyšetřovaných se může kdykoli svobodně rozhodnout, že nechce znát výsledky a odstoupit od dalšího vyšetřování. Takové rozhodnutí nebude mít žádný negativní vliv na jeho následnou zdravotní péči. Výsledky vyšetření budou uchovány jako důvěrná informace a budou sděleny dalším zdravotním subjektům pouze se souhlasem vyšetřovaného.

Jaký je důvod (indikace) tohoto výkonu:

Výkon, ke kterému jste se dostavil/a na naše pracoviště, je specializované vyšetření podkožního tuku určené k diagnostice amyloidózy. Odmítnutí znamená pro lékaře obtížné určení přesné diagnózy.

Alternativy výkonu:

Kromě odběru podkožního tuku z oblasti pupku, je možné při vysokém podezření na amyloidózu provést biopsii (odběr vzorku tkáně) postiženého orgánu.

Jaký je režim pacienta před výkonem:

Před výkonem nejsou nutná žádná speciální opatření ani příprava. Pacient nemusí být nalačno.

Jaký je postup při provádění výkonu:

Výkon se provádí v lokálním (místním) znecitlivění, které je provedeno za pomoci chladivého roztoku ve spreji. Podkožní tuk je odebírán z oblasti pupku. Lékař provede desinfekci místa vpichu a tenkou jehlou nasaje malé množství podkožního tuku. Místo vpichu je poté překryto sterilním krytím.

Jaké jsou možné komplikace:

Komplikace spojené s tímto zákrokem jsou minimální, ale mohou se zřídka objevit. Výjimečně může dojít k nepatrnému a nevýznamnému krvácení v místě vpichu.

Jaký je režim pacienta po provedení výkonu:

Po provedení tohoto zákroku není zapotřebí zvláštní režim pacienta.

Identifikační údaje pacienta(tky):

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

Identifikační údaje zákonného zástupce, opatrovníka:

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

Plánovaný výkon:

Odběr podkožního tuku

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