**Informovaný souhlas pacienta(ky) / (zákonného zástupce)**

**s operačním výkonem (léčebným postupem) vyšetřením FNAB ( finne needle aspiration biopsie ) – punkce tenkou jehlou.**

**Příjmení: Jméno:**

**RČ pacienta:**

**1.** Název výkonu: punkce jehlou do orgánu krku za účelem odebrání buněčného vzorku (FNAB)

**2.** Diagnoza, která vede k provedení výkonu: podezření na nádorové onemocnění

**3.** Informace o potřebném diagnostickém/ léčebném /výkonu, včetně údaje o jeho účelu, povaze a následcích: Cílem je odebrat buňky, které zhodnotí odborník za účelem stanovení nemoci. Výkon je proveden vpichem jehly a aspirací, může dojít ke krátkému zabolení, tlaku v místě vpichu

**4**. Rizika výkonu: krvácení je možnou komplikací

**5.** Alternativy výkonu: nejsou žádná alternativní řešení

**6**. Údaje o možném omezení v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti po provedení příslušného výkonu, lze-li takové omezení předpokládat: v případě možné nebo očekávané změny zdravotního stavu též údaje o změnách zdravotní způsobilosti:

nejsou zásadní omezení, pouze po vpichu asi 6 hod. fyzické šetření

**7.** Předpokládaná doba hospitalizace……….dní

Předpokládaná doba, po kterou pacient nebude schopen vykonávat své povolání/studium:……..dní

Další omezení v běžném způsobu života: nejsou

**8.** Údaje o léčebném režimu a preventivních opatřeních, která jsou vhodná, o provedení

kontrolních zdravotních výkonů: kontrola výsledků hodnocených buněk za 14dní

**9.** Odpovědi na doplňující otázky pacienta/zákonného zástupce

**Prohlášení lékaře/ky:**

 Prohlašuji, že jsem výše uvedeného(ou) pacienta(ku) / zákonného zástupce Srozumitelným způsobem informoval(a) o jeho/jejím zdravotním stavu, o veškerých shora uvedených skutečnostech, plánovaném vyšetření, léčebném postupu, a to včetně upozornění na možné komplikace.

Pacient(ka)/zákonný zástupce byl(a) též seznámen(a) s plánovaným způsobem anestezie,(sedace), bude použita.

V Jihlavě dne……… …………………...

 Podpis lékaře/ky

**Souhlas pacienta(ky)/zákonného zástupce**

 Já,níže podepsaný(á) , prohlašuji, že jsem byl(a) lékařem srozumitelně informován (a) o svém zdravotním stavu, o veškerých shora uvedených skutečnostech: o navrhované léčbě , o možných výhodách a rizicích navrhované léčby, o množných alternativách, o problémech, které je možno očekávat v průběhu rekonvalescence a o možných důsledcích odmítmutí léčby. Údaje a poučení mi byly lékařem sděleny a vysvětleny, porozuměl(a) jsem jim a měl(a) jsem možnost klást doplňující otázky, které mi byly zodpovězeny. Na základě poskytnutých informací a po vlastním zvážení souhlasím s provedením vyšetření, léčebným postupem ( viz.výše), popřípadě s použitím popsané

anestezie (sedace), včetně provedení dalších výkonů, pokud by jejich neprovedení bezprostředně ohrozilo můj zdravotní stav.

V Jihlavě dne…………. ……………………….

. Podpis pacienta/ky

 (zákonného zástupce)

**Identifikace zákonného zástupce:**

Jméno a příjmení………………………………………………Datum narození……………

Vztah k pacientovi……………………………………………………………………………