

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. Diagnóza, 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 odmítnutí 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.....