



## INFORMOVANÝ SOUHLAS k punkci štítné žlázy

Pacient:

RČ

Poj.:

Č. chor.:

### A - Účel, důvod zákroku (vyšetření)

### B - Pacientův stav vyžaduje následující zákrok (vyšetření)

- Punkce (odběr vzorku) štítné žlázy
- Punkce (odběr vzorku) štítné žlázy pod kontrolou ultrazvuku (FNAB)

### C - Rizika zákroku (vyšetření)

(existují určitá rizika, která jsou spojena s tímto typem zákroku (vyšetření))

- Krvácení a poranění okolních orgánů během výkonu, které by vzácně mohly vést k operačnímu výkonu
- Infekce v místě vpichu
- Polykací obtíže po výkonu
- Alergie nebo jiný nežádoucí účinek podávané lékové premedikace nebo lokální anestezie
- 

### D - Jiné relevantní možnosti léčby a jejich rizika

- nejsou
- 

### E - Další důležité informace ke snížení rizika komplikací (pokud ANO, označte, případně uveďte jaké)

- Užíváte léky na ředění krve (Anopyrin, Warfarin, Lavarin, Pradaxa, Xarelto) ?

### F - Co může udělat sám(a) pacient(ka) pro prevenci komplikací

- vysadit všechny léky na ředění krve
- včasné informování zdravotního personálu o Vašich případných potížích zabrání rozvoji možných komplikací

### G - Pacientův informovaný souhlas

Já, níže podepsaný pacient, potvrzuji:

- že jsem nezamlčel žádné informace o svém zdravotním stavu
- že mi lékař vysvětlil můj zdravotní stav a navrhovaný zákrok. Jsem srozuměn s riziky, které jsou s tímto zákrokem spojeny a s riziky, které jsou specifické s ohledem na můj zdravotní stav
- že mě lékař seznámil s možnými alternativami a možnými riziky zákroku
- že jsem srozuměn s tím, že neexistuje záruka toho, že zákrok změní můj zdravotní stav k lepšímu, i s tím, že zákrok může můj zdravotní stav zhoršit
- že jsem měl(a) možnost přečíst si informační leták o účelu, povaze zákroku, jeho důsledcích, rizicích a alternativách.
- bylo mi umožněno položit lékaři otázky týkající se mého zdravotního stavu, plánované procedury, případných dalších rizik a možných alternativ. Otázky byly zodpovězeny lékařem k mé spokojenosti
- že jsem srozuměn s tím, že zákrok může provést i někdo jiný než můj ošetřující lékař

Na základě výše uvedeného prohlášení jsem se rozhodl požádat o výše uvedený zákrok (vyšetření).

Datum: 11.12.2013

Podpis pacienta nebo jeho zákonného zástupce:

### H - Prohlášení lékaře

Seznámil jsem pacienta s jeho zdravotním stavem, potřebou léčebného zákroku (diagnostického vyšetření) a riziky spojené s realizací tohoto zákroku (vyšetření), s relevantními léčebnými alternativami a jejich riziky, s následky v případě, že se rizika realizují, specifickými riziky pro tohoto pacienta a následky v případě, že se pacient zákroku (vyšetření) nepodrobí. Dal jsem příležitost pacientovi (popř. jeho zástupci) položit otázky týkající se výše uvedených záležitostí nebo otázky týkající se jeho jiných obav. Na dané otázky jsem odpověděl srozumitelně, v potřebném rozsahu a co nejlépe. Jsem přesvědčen o tom, že pacient pochopil výše uvedené informace tak, aby byl schopen se informovaně rozhodnout.

Jméno lékaře:

Datum: 11.12.2013

\_\_\_\_\_   
 podpis lékaře