

Súhlas s liečebným výkonom
(stáva sa súčasťou chorobopisu)

Meno a priezvisko pacienta.....

Rodné číslo..... dátum.....

Výkon, s ktorým pacient vyjadruje súhlas:

Perkutánná punkcia – biopsia (za účelom cytológie, ev. histológie)

Perkutánná punkcia:.....

.....

.....

Meno a podpis lekára, ktorý poučenie a vysvetlenie poskytol:

Ja, pacient (ka) (zákonný zástupca):

Bol(a) som podrobne informovaný(á) o potrebe a dôvodoch vykonania perkutánnej biopsie, t.j. napichnutia potrebnej časti tela cez kožu, za účelom odobratia vzorky pre potreby bunkového alebo histologického vyšetrenia (Histológia je veda zaoberajúca sa štúdiom mikroskopickej štruktúry orgánov a tkanív...). Bol(a) som zoznámený(á) so spôsobom vykonania zákroku - (v lokálnom znecitlivení, pod kontrolou rtg žiarenia [CT], alebo ultrazvuku, sa zavedie špeciálna ihla do požadovanej časti tela, odoberie sa malá vzorka tkaniva na vyšetrenie, podľa potreby následuje prípadné odsatie tekutiny, alebo drenážny zákrok...), spôsobom sledovania a spôsobom liečby bezprostredne po tomto zákroku. Bol(a) som zoznámený(á) s možnými rizikami a komplikáciami, ktoré môžu vzniknúť počas zákroku a bezprostredne po ňom. Uvedomujem si, že určité riziká existujú pri každej liečbe, prípadne zákroku, a že ich nemožno vždy presne určiť.

Najzávažnejšie riziká perkutánnej punkcie, biopsie :

- Najčastejšou komplikáciou je **krvácanie** z miesta odberu vzorky a punkčného kanálu, druhou možnou komplikáciou je vznik **pneumothoraxu**, t.j. patologická prítomnosť vzduchu v pohrudničnej dutine pri punkciách v tejto oblasti.
- Možnosť sepsy – otravy krvi.
- Možnosť perforácie dutého orgánu s únikom jeho obsahu a následnou komplikáciou vyžadujúcou aj prípadné chirurgické ošetrenie.
- Možnosť poškodenia orgánov a tkanív v priebehu punkčnej dráhy s ťažko predvídateľnými následkami.
- Percento komplikácií uvádzané v jednotlivých publikáciách je malé, v rozsahu **1 až 3 %**, závažné, život ohrozujúce komplikácie sú raritnými výnimkami.

Prehlasujem, že:

1. po rozhovore s lekárom a po vlastnej úvahe súhlasím so zvoleným postupom liečby
2. mal(a) som možnosť klásť lekárovi doplňujúce otázky, ktoré mi boli zodpovedané
3. môže mi byť urobený ďalší výkon, pokiaľ by jeho nevykonanie bezprostredne ohrozilo môj zdravotný stav
4. pokiaľ zmením svoje stanovisko k predpokladanej liečbe, oznámim včas túto skutočnosť lekárovi

dátum.....

podpis pacienta(ky):.....