Ultrazvukem navigovaná punkce štítné žlázy

Poj.: DG: Č.chorobopisu:	Strana **1** / **3**

Vážená pacientko, vážený paciente, vážení rodiče,

vzhledem k Vašemu zdravotnímu stavu (zdravotnímu stavu Vašeho dítěte) je Vám doporučeno provedení výše uvedeného zákroku (výkonu). Před vlastním výkonem s Vámi lékař/ka hovořil/a o účelu a možnostech provedení zákroku. Seznámil/a Vás s možnými riziky a komplikacemi plánovaného výkonu, abyste se mohl/a rozhodnout a dát k provedení zákroku svůj souhlas.

Zákonný zástupce pacienta: **- - -**

Lékař, který provedl poučení: **FlexFormClientExt**

Důvod výkonu

Punkce (biopsie) štítné žlázy je odběr minimálního množství tkáně štítné žlázy k mikroskopickému vyšetření. Výkon je indikován v případě, kdy není možné stanovit přesnou diagnózu (a tedy odpovídající léčbu) Vašeho onemocnění štítné žlázy jiným způsobem, tj. krevními testy, zobrazovacími metodami (např. ultrazvukem).

Příprava

Před zákrokem není striktně vyžadováno lačnění, přesto je vhodné cca 2h před zákrokem již nejíst. Při jakýchkoliv nejasnostech se poraďte s lékařem provádějícím výkon nebo ošetřujícím praktickým lékařem.

Postup výkonu

Po upřesnění místa vpichu (pohmatem a ultrazvukem) je z přední oblasti krku provedeno několik vpichů s odběrem vzorků tkáně štítné žlázy. Při samotném vpichu můžete pociťovat mírnou tlakovou případně píchavou bolest.

Výhody a možné komplikace

Absolutní bezrizikovost tohoto vyšetření nemůže zaručit žádný lékař, ale závažnější komplikace jsou velmi vzácné. Po provedené biopsii je možné pobolívání v místě vpichu nebo se může objevit drobný podkožní hematom. Po lékařském vyšetření se podávají léky proti bolesti. Velmi vzácnou komplikací je krvácení z vpichu do oblasti krku při poranění větší cévy,řeší se dodáváním krevních transfuzí, ve velmi vzácných případech eventuelně chirurgicky. Vzácnější komplikací je zanesení infekce se vznikem zánětlivého ložiska, léčba je antibiotiky, případně opět chirurgicky. Velmi vzácnou komplikací je pak poranění průdušnice nebo zvratného nervu (n.laryngues recurrens), které může způsobit ochrnutí hlasivky.

Alternativy léčby:

Alternativou punkční biopsie je odběr vzorku chirurgickou cestou. Chirurgický zákrok však s sebou nese výraznou celkovou zátěž a je spojen s rizikem možných lokálních i celkových komplikací včetně rizik vyplývajících z podání celkové anestézie. Množství získaného vzorku je větší, což má význam u ložisek různorodé povahy. Pokud punkční biopsii odmítáte, poraďte se s indikujícím lékařem. Pozdní diagnostika při podezření na nádorové onemocnění může vést až k úmrtí pacienta.

pouze vzor, nevyplňujte!

Možná omezení v obvyklém způsobu života, v pracovní schopnosti nebo zdravotní způsobilosti

Po provedené biopsii je místo vpichu ošetřeno, aby se zabránilo prosakování krve z místa vpichu.
Pacient je půl hodiny sledován. Po dobu 12 hodin od zákroku je vhodné vyvarovat se větší fyzické zátěže.

Prohlášení o informovaném souhlasu:
Prohlašuji, že jsem tento informovaný souhlas četl(a) a že mi bylo lékařem sděleno a vysvětleno:

- jaký je účel, povaha, předpokládaný prospěch, následky, možná rizika a komplikace výkonu,
- zda plánovaný výkon má nějakou alternativu a zda mám možnost si zvolit jednu z alternativ,
- k jakým omezením v obvyklém způsobu života, v pracovní schopnosti a změnám v pracovní způsobilosti může příslušný zdravotní výkon vést,
- jaký léčebný režim, následná zdravotní a preventivní opatření jsou vhodná po plánovaném výkonu.

Dále prohlašuji, že jsem měl(a) možnost klást doplňující otázky a zeptat se na vše, co považuji v souvislosti s navrhovaným výkonem za podstatné, a že moje dotazy mi byly lékařem zodpovězeny.

Prohlašuji, že jsem podaným informacím a vysvětlením plně porozuměl(a) a považuji své poučení za dostatečné.

Prohlašuji, že na základě své svobodné vůle a poskytnutých informací souhlasím s provedením navrhovaného zdravotního výkonu.

Souhlasím, aby v případě výskytu neočekávaných komplikací vyžadujících neodkladné provedení dalších výkonů nutných k záchraně mého života byly tyto výkony provedeny.

Byl(a) jsem také poučen(a) o tom, že mohu svůj souhlas s lékařským výkonem kdykoliv před zákrokem odvolat.

Jako zákonný zástupce

~~nezletilého pacienta~~,

~~pacienta zbaveného způsobilosti k právním úkonům, nebo~~

~~pacienta s omezenou způsobilostí k právním úkonům~~

svým podpisem stvrzuji, že jsem obdržel příslušné informace a že tyto výše uvedené informace byly v přiměřeném rozsahu a formě též poskytnuty pacientovi.

Ve Frýdku-Místku dne: **27.6.2016 07:02**

--- ---

podpis pacienta / zákonného zástupce podpis lékaře

pouze vzor, nevyplňujte!

Podpis svědka poučení a souhlasu pacienta/zákonného zástupce, pokud pacient/zákonný zástupce není schopen se vlastnoručně podepsat:

Důvod, pro nějž pacient/zákonný zástupce není schopen se podepsat:

- - -

Způsob, jak pacient/zákonný zástupce projevil svou vůli:

- - -

Jméno, příjmení, podpis svědka: **- - -**

---

podpis svědka (svědků)

pouze vzor, nevyplnujte!