

Biopsie plic pod CT kontrolou

Poj.:

Strana 1 / 3

DG:

C.chorobopisu:

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 dát k provedení zákroku svůj souhlas.

Zákonný zástupce pacienta: - - -

Lékař, který provedl poučení: **FlexFormClientExt**

Vážený a milý paciente,

na základě Vašeho aktuálního zdravotního stavu Vám byl lékařem indikován lékařský výkon:

biopsie plic. K zákroku, který Vám doporučujeme, je potřeba Vašeho souhlasu.

Důvodem biopsie plic je podezření na závažné onemocnění plic nebo postižení jiného orgánu, které se do plic šíří. Odebrané vzorky tkání se odesílají do laboratoře k dalšímu vyšetření.

Režim pacienta před výkonem

K vyšetření přicházíte nalačno a řídíte se pokyny odesílajícího lékaře. Jsou provedena nezbytná laboratorní vyšetření týkající se koagulačních parametrů.

Popis výkonu

Biopsie plic je zákrok, který umožňuje získat materiál z nemocného ložiska v plicích. Provádí se vleže vpichem bioptickou jehlou, která proniká přes kůži mezi žebry do plic. Správné uložení a pohyb jehlou je kontrolován pomocí výpočetní tomografie (CT). Odebrané vzorky tkání budou vyšetřeny v laboratořích. Před punkcí je místo vpichu znecitlivěno injekcí. Při zákroku zaujměte doporučenou polohu, nehýbejte se a dýchejte dle pokynů lékaře. Po zákroku v časovém odstupu cca 24 h, Vám bude proveden kontrolní snímek hrudníku.

Biopsie plic je především metoda vyšetřovací (diagnostická). Podle povahy onemocnění může následovat další došetření a léčba, která spadá do kompetence indikujícího lékaře.

Režim pacienta po výkonu

Po výkonu dodržujte klidový režim na lůžku alespoň 12 hodin, pokud lékař neurčí jinak, a hlase všechny případné subjektivní potíže zdravotnickému personálu.

Výhody a možné komplikace

Výhodou této metody je zejména možnost histologického vyšetření odebraného vzorku tkáně a přesného určení povahy onemocnění, je tedy v řadě případů nutné k definitivnímu stanovení diagnózy. Absolutní bezrizikovitost svých opatření nemůže zajistit žádný lékař. Vyšetření bude provedeno podle uznávaných moderních lékařských postupů a za dodržení všech zásad správné klinické praxe. Přesto může během vyšetření u malého počtu pacientů dojít ke komplikacím (dušnost, vykašlávání malého množství krve, krvácení v místě vpichu, mírná bolestivost při abnormálním průběhu mezižebního nervu, kolaps plíce s nutností přechodného zavedení drénu do pohrudniční dutiny, alergická reakce na aplikované lokální anestetikum či desinfekci).

Alternativy zdravotního výkonu

Biopsie je specializovaným vyšetřením, které nelze plně nahradit jiným neinvazivním vyšetřením. V případě nevytýžnosti této metody nebo nemožnosti ji bezpečně provést je alternativou odběr vzorku tkáně plic chirurgickou cestou na vyšším pracovišti, indikace je v kompetenci Vašeho ošetřujícího lékaře.

Biopsie plic pod CT kontrolou

Poj.:

Strana 2 / 3

DG:

C.chorobopisu:

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

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

Biopsie plic pod CT kontrolou

Poj.:

Strana 3 / 3

DG:

C.chorobopisu:

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)