

Informovaný souhlas pacienta (zákonného zástupce pacienta) s biopsií jater

Pacient/ka – jméno a příjmení:	Rodné číslo (číslo pojištění):
Datum narození: (není-li rodné číslo)	Kód zdravotní pojišťovny:
Adresa trvalého pobytu pacienta/ky: (případně jiná adresa)	
Jméno zákonného zástupce (opatrovníka):	Rodné číslo:

Název výkonu

Biopsie jater
(odebrání vzorku tkáně)

Účel výkonu

Vážená pacientko, paciente,
velmi si vážíme důvěry, kterou jste projevila Fakultní nemocnici Olomouc. Tento dokument Vám poskytne informace, které jsou nezbytné pro to, abyste se mohl(a) svobodně rozhodnout, zda a za jakých podmínek vám provedeme biopsii jater.

Jaterní biopsie je indikována vždy tam, kde ostatní dostupné neinvazivní metody by nevedly k přesné diagnóze. Proto na základě Vašich nálezů pokládáme provedení jaterní biopsie za plně doporučenou, neboť jde o jedinou diagnostickou metodu, která je schopna s maximální přesností posoudit vzorek Vašich jater a podle výsledku zvolit správnou léčbu Vašich onemocnění.

Povaha výkonu

Před výkonem je nezbytné!

- od půlnoci nejíst, nepít, nekouřit

Vlastní výkon:

Pacient leží na zádech, je lehce nakloněn na levou stranu, pravá horní končetina je elevována nad hlavu. Punkce jehlou se provádí nejčastěji mezižeberní cestou, obvykle jde o 6., hlavně však 7. a 8., eventuálně 9. mezižeberní prostor v přední až střední podpažní čáře vpravo. Místo vpichu se ošetří dezinfekčním prostředkem, pak se provede lokální znecitlivění kůže, podkoží a přilehlých svalových struktur. Po propíchnutí kůže a podkoží kopíčkem následuje ihned vlastní jaterní biopsie. Vlastní výkon díky modernímu technickému zázemí je ve většině případů minimálně bolestivý. Po provedené punkci jater můžete někdy pociťovat mírnou bolest v pravém boku s vyzařováním do pravého ramene a pravé poloviny krku. Někdy je bolest větší, závislá na dýchání, zhoršuje se hlubokým dechem. Tomuto můžeme částečně předcházet aplikací léků snižujících bolest, které tuto komplikaci snižují na minimum.

Po výkonu je nezbytné

- po dobu minimálně 3 hodin přiložit v místě vpichu vak s ledem
- po dobu 24 hodin klid na lůžku (bude Vám měřen tlak krve, srdeční frekvence se záznamem do intenzivního listu).

V případě jakýchkoliv potíží (bolesti břicha atd.) okamžitě upozornit ošetřujícího lékaře!!!

Předpokládaný prospěch výkonu

Proč doporučujeme tento výkon?

Čím přesněji a dříve může lékař určit druh a rozsah onemocnění, tím je větší naděje na úspěšnou léčbu.

Alternativa výkonu

Ultrazvukové, CT či vyšetření jater magnetickou rezonancí, nenahradí však mikroskopické vyšetření odebraného vzorku jaterní tkáně, který lze odebrat pouze biopsií nebo při chirurgickém zákroku.

Následky výkonu

Krátkodobá, maximální jednodenní observace (sledování) na lůžku s lačněním, jinak rizika uvedená níže.

Možná rizika zvoleného výkonu

Možné komplikace:

Úspěch lékařských výkonů a jejich absolutní nerizikovitost nelze nikdy zcela zajistit. Nejčastější možné komplikace jsou:

- pocit pálení nebo tlaku při znecitlivění a píchnutí při pronikání jehlou,
- malé krvácení, které je časté a většinou bez klinických příznaků,
- snížení tlaku krve, nejčastěji při stimulaci vnitřních nervů (nervus vagus), tzv. neurotická jaterní biopsie,
- zánět pobříšnice po nابدodnutí žlučníku nebo rozšířeného žlučovodu,
- přítomnost vzduchu v pohrudniční dutině,
- alergie na anestetikum.

Abychom snížili riziko komplikací a především alergické reakce na minimum, zodpovězte nám, prosím, následující otázky:

Vzor vyplnění (zatržení):	Zakroužkujte správnou odpověď	<input checked="" type="radio"/> ANO	<input type="radio"/> NE
1. Máte zvýšený sklon ke krvácení již při malých poraněních nebo po vytržení zubu?		<input type="radio"/> ANO	<input type="radio"/> NE
2. Vznikají Vám snadno na kůži krevní podlitiny nebo se k tomu vyskytuje náchylnost ve Vašem příbuzenstvu (pouze pokrevní příbuzní)?		<input type="radio"/> ANO	<input type="radio"/> NE
3. Trpíte sennou rýmou, průduškovým astmatem, přecitlivělostí vůči potravinám, lékům, náplastem, lékům na místní znecitlivění?		<input type="radio"/> ANO	<input type="radio"/> NE
4. Trpíte chronickým onemocněním (např. zelený zákal, epilepsie, astma, cukrovka, srdeční slabost)? Jestliže ano, kterým?		<input type="radio"/> ANO	<input type="radio"/> NE
5. Jste těhotná?		<input type="radio"/> ANO	<input type="radio"/> NE

Souhlas:

Byl(a) jsem srozumitelně informován(a) o alternativách výkonu prováděných ve FN Olomouc, ze kterých mám možnost volit.	<input type="radio"/> ANO	<input type="radio"/> NE
Byl(a) jsem informován(a) o možném omezení v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti po provedení příslušného zdravotního výkonu, v případě možné nebo očekávané změny zdravotního stavu též o změnách zdravotní způsobilosti.	<input type="radio"/> ANO	<input type="radio"/> NE
Byl(a) jsem informován(a) o léčebném režimu a preventivních opatřeních, která jsou vhodná, o provedení kontrolních zdravotních výkonů.	<input type="radio"/> ANO	<input type="radio"/> NE
Všem těmto vysvětlením a informacím, které mi byly zdravotnickým pracovníkem sděleny a vysvětleny, jsem porozuměl(a), měl(a) jsem možnost klást doplňující otázky, které mi byly zdravotnickým pracovníkem zodpovězeny.	<input type="radio"/> ANO	<input type="radio"/> NE

Po výše uvedeném seznámení prohlašuji:

- že souhlasím s navrhovanou péčí a s provedením výkonu a v případě výskytu neočekávaných komplikací, vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků nutných k záchraně života nebo zdraví, souhlasím s jejich provedením.	<input type="radio"/> ANO	<input type="radio"/> NE
- že jsem lékařům nezamlčel(a) žádné mně známé údaje o mém zdravotním stavu, jež by mohly nepříznivě ovlivnit moji léčbu či ohrozit mé okolí, zejména rozšířením přenosné choroby.	<input type="radio"/> ANO	<input type="radio"/> NE
- že v případě nutnosti dávám souhlas k odběru biologického materiálu (krev, moč...) na potřebná vyšetření k vyloučení zejména přenosné choroby.	<input type="radio"/> ANO	<input type="radio"/> NE

Datum:	Hodina	Podpis pacienta/ky nebo zákonného zástupce (opatrovníka)

Jméno, příjmení lékaře/ky, který(á) podal(a) informaci	Podpis lékaře/ky, podal(a) informaci

Poznámka: Pokud se pacient/ka nemůže podepsat, vyplňte prosím následující tabulku.

Pokud se pacient/ka nemůže podepsat, uved'te důvody, pro které se pacient/ka nemohl podepsat:			
Jak pacient/ka projevil svou vůli:			
Jméno a příjmení zdravotnického pracovníka/svědka	Podpis zdravotnického pracovníka/svědka	Datum:	Hodina

V případě, že je nutné výkon provést opakovaně, potvrdí pacient/ka nebo zákonný zástupce (opatrovník) souhlas svým podpisem:

Datum	Podpis pacienta/ky nebo zákonného zástupce (opatrovníka)	Datum	Podpis pacienta/ky nebo zákonného zástupce (opatrovníka)

Zpracovali: MUDr. Igor Tozzi; MUDr. Ladislav Faltýnek, CSc.; Doc. MUDr. Zdeněk Fryšák, CSc.
Přednosta: MUDr. Vlastimil Procházka, Ph.D.; Prof. MUDr. Vlastimil Ščudla, CSc
Zástupce přednosta pro LP: MUDr. Michal Konečný, Ph.D.; MUDr. Ladislav Faltýnek, CSc.