

II. INTERNÍ KLINIKA

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 znečítlivění 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:

pozn. Vaši odpověď zakroužkujte:

| | | |
|--|-----|----|
| 1. Máte zvýšený sklon ke krvácení již při malých poraněních nebo po vytržení zubu? | ANO | NE |
| 2. Vznikají Vám snadno na kůži krevní podlitiny nebo se k tomu vyskytuje náchylnost ve Vašem příbuzenstvu (pouze pokrevní příbuzní)? | ANO | NE |
| 3. Trpíte sennou rýmou, průduškovým astmatem, přecitlivělostí vůči potravinám, lékům, náplastem, lékům na místní znečítlivění? | ANO | NE |
| 4. Trpíte chronickým onemocněním (např. zelený zákal, epilepsie, astma, cukrovka, srdeční slabost)? Jestliže ano, kterým? | ANO | NE |
| 5. Jste těhotná? | ANO | NE |

Souhlas:

| | | |
|--|-----|----|
| Byl(a) jsem srozumitelně informován(a) o alternativách výkonu prováděných ve FN Olomouc, ze kterých mám možnost volit. | ANO | 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. | ANO | NE |
| Byl(a) jsem informován(a) o léčebném režimu a preventivních opatřeních, která jsou vhodná, o provedení kontrolních zdravotních výkonů. | ANO | NE |
| Všem těmto vysvětlením a informacím, které mi byly lékařem sděleny a vysvětleny, jsem porozuměl(a), měl(a) jsem možnost klást doplňující otázky, které mi byly lékařem zodpovězeny. | ANO | 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. | ANO | 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. | ANO | NE |
| - že v případě nutnosti dávám souhlas k odběru biologického materiálu (krev, moč...) na potřebná vyšetření k vyloučení zejména přenosné choroby. | ANO | 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 |
| | |

Pokud se pacient nemůže podepsat, uveďte důvody, pro které se pacient nemohl podepsat:

Jak pacient projevil svou vůli:

| Jméno a příjmení zdravotnického pracovníka/svědka | Podpis zdravotnického pracovníka/svědka | Datum | Hodina |
|--|--|--------------|---------------|
| | | | |