



Uroderm Medical s.r.o.

Na dlouhém lánu 563/11
160 00 Praha 6
IČ: 08452067, DIČ: CZ08452067
www.urodermmmedical.cz

Informovaný souhlas pacienta s poskytnutím zdravotních služeb (zdravotních výkonů)

Příjmení:
Jméno:
RČ pacienta:

1. *Název zdravotního výkonu:*

- Transrektální biopsie prostaty (odebrání vzorků tkáně prostaty přes konečník)

2. *Diagnóza, která vede k provedení zdravotního výkonu:*

- podezření na karcinom prostaty

3. *Informace o potřebném zdravotním výkonu, včetně údaje o jeho účelu, povaze, předpokládaném prospěchu a následcích:*

Účelem tohoto zdravotního výkonu je: odebrání několika vzorků tkáně z prostaty pro účely histologického vyšetření. Před výkonem je nutné vyprázdnění stolice pomocí glycerinového čípku.

Zdravotní výkon bude probíhat následovně: Výkon se obvykle provádí v poloze na boku, lékař zavede do konečníku ultrazvukovou sondu, která prostatu zobrazí a přes tuto sondu provede lékař do prostaty několik vpichů, při kterých speciální jehlou odebere proužek tkáně. Všechny proužky jsou odeslány k histologickému vyšetření. Před a po výkonu jsou obvykle podávána antibiotika ke snížení rizika infekce.

4. *Rizika zdravotního výkonu:*

- po výkonu je obvyklé mírné krvácení z konečníku nebo krev na první stolici
- často se objevuje krev v moči
- někdy se objeví krev ve spermatu (i po několik týdnů)
- může dojít ke vzniku infekce moče nebo infekce prostaty
- vzácně může dojít k rozvoji těžké celkové a život ohrožující infekce, která je označovaná jako sepe
- může dojít k úplné zástavě močení (tzv. retenci moče)

5. *Alternativy zdravotního výkonu:*

- nejsou žádná alternativní řešení

6. *Údaje o možném omezení v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti po provedení příslušného zdravotního výkonu, lze-li takové omezení předpokládat; v případě*

možné nebo očekávané změny zdravotního stavu též údaje o změnách zdravotní způsobilosti:

•

Předpokládaná doba hospitalizace:

- výkon je prováděn ambulantně

Předpokládaná doba trvání pracovní neschopnosti:

- pracovní neschopnost obvykle není nutná

Předpokládaná omezení v běžném způsobu života:

- 3-5 dnů je vhodné neprovádět těžší fyzickou námahu (včetně sportu nebo práce na zahradě), je doporučeno nekoupat se v otevřené vodě (koupaliště apod.).

Předpokládané změny zdravotní způsobilosti:

- po tomto výkonu standardně nedochází k změně zdravotní způsobilosti.

7. Údaje o léčebném režimu a preventivních opatřeních, která jsou vhodná, a údaje o poskytnutí dalších zdravotních služeb (zdravotních výkonů):

- je nutno doužívat předepsaná antibiotika, dostatečně pít, neprochladnout, na 3-5 dnů je vhodné neprovádět těžší fyzickou námahu (včetně sportu nebo práce na zahradě).

8. Poučení pacienta:

Pacient má právo se svobodně rozhodnout o postupu při poskytování zdravotních služeb, pokud právní předpisy toto právo nevyklučují.

9. Záznam o poučení pacienta, jemuž bude implantován zdravotnický prostředek

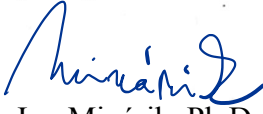
Lékař prohlašuje, že poskytl pacientovi podrobnou informaci obsahující údaje, které umožňují identifikaci zdravotnického prostředku (včetně jeho příslušenství), který bude u pacienta implantován, spolu s pokyny týkajícími se bezpečnosti pacienta a jeho chování, včetně toho, kdy má pacient vyhledat lékaře a kterým vlivům prostředí by se neměl vystavovat vůbec nebo jen při dodržování vhodných preventivních opatření.

10. Odpovědi na doplňující otázky pacienta:

Prohlášení lékaře:

Prohlašuji, že jsem výše uvedeného pacienta srozumitelným způsobem a v dostatečném rozsahu informoval o jeho zdravotním stavu a o veškerých shora uvedených skutečnostech, o navrženém individuálním léčebném postupu a všech jeho změnách, včetně upozornění na možné komplikace. Pacient byl seznámen s plánovaným způsobem anestézie (sedace), bude-li použita.

V Praze, dne.....


MUDr. Ivo Minárik, Ph.D. FEBU

Podpis a jmenovka lékaře

Prohlášení a souhlas pacienta:

Já, níže podepsaný, prohlašuji, že jsem byl lékařem srozumitelně a v dostatečném rozsahu informován o svém zdravotním stavu a o veškerých shora uvedených skutečnostech. Údaje a poučení mi byly lékařem sděleny a vysvětleny, porozuměl jsem jim a měl jsem možnost klást doplňující otázky, které mi byly lékařem srozumitelně zodpovězeny. Na základě poskytnutých informací a po vlastním zvážení souhlasím s provedením zdravotního výkonu (viz výše), případně s použitím uvedené anestézie (sedace), včetně provedení dalších zdravotních výkonů, pokud by jejich neprovedení bezprostředně ohrozilo můj život nebo zdraví.

Současně také prohlašuji, že jsem lékaři sdělil všechny mně známé důvody, které by mohly zkomplikovat klidný průběh zdravotního výkonu (zejména užívané léky, alergie a všechna přidružená onemocnění).

V Praze, dne.....

.....
Podpis pacienta

.....
**Podpis osoby určené pacientem,
manžela nebo registrovaného
partnera, rodiče, jiné osoby
blízké
(Zástupný souhlas)**

Identifikace osoby udělující zástupný souhlas:

Jméno a příjmení:Datum narození:

Vztah k pacientovi:

Nemůže-li se pacient podepsat, podepíše se svědek, který byl přítomen projevu souhlasu:

Jméno a příjmení svědka:

Důvod nepodepsání souhlasu:

Způsob, jakým pacient projevil vůli:

V Praze, dne

Podpis svědka

Podpis a jmenovka lékaře