

# Městská nemocnice, a. s.

Vrchlického 1504  
544 01 Dvůr Králové n. L.  
IČO: 25262238  
DIČ: CZ25262238

Telefon: 499 300 611,  
499 300 + č. linky  
Fax: 499 320 515  
WWW: www.mndk.cz  
E-mail: mndk@mndk.cz

## Identifikace pacienta

Pacient: .....  
R.č.: .....  
Bydliště: .....  
Kód ZP: .....

## Informovaný souhlas pacienta s výkonem CÍLENÁ PUNKČNÍ BIOPSIE ŠTÍTNÉ ŽLÁZY

Informující lékař: .....

Vážený pane, vážená paní,

k vyšetření, které Vám nyní doporučujeme, je potřeba Vašeho souhlasu. Abyste se mohl/a rozhodnout, informujeme Vás tímto listem o cíli výkonu, jeho provedení i o případných možných komplikacích. Lékař, který vyšetření navrhuje i lékař, který bude vyšetření provádět, Vám v ústním pohovoru rád vysvětlí případné nejasnosti a odpoví na Vaše otázky.

Na závěr tohoto dokumentu budete požádán, abyste svůj případný souhlas s navrhovaným výkonem potvrdil vlastnoručním podpisem.

### Proč doporučujeme cílenou punkční biopsii štítné žlázy?

Cílená punkční biopsie štítné žlázy je poměrně jednoduchý a nezatěžující výkon, jehož cílem je odebrat vzorek z chorobně změněného či podezřelého ložiska ve štítné žláze. Odebraný vzorek je poté možno podrobně histologicky vyšetřit a získat tak co nejpřesnější informace o povaze choroby.

### Jak se zákrok provádí?

Výkon se provádí nalačno, jiná příprava není nutná.

Nejprve se provede vyšetření štítné žlázy pomocí sonografie (ultrazvuku), přičemž se určí umístění chorobného či podezřelého ložiska. Po dezinfekci kůže se do zvoleného místa zavede speciální jehla. Zavádění jehly a její definitivní umístění se průběžně sleduje pomocí sonografie. Po správném umístění hrotu jehly se odebere vzorek tkáně, obvykle se odebírá vzorků z jednoho vpichu více. Po odebrání vzorku se místo vpichu přelepí.

### Doporučení po výkonu

Nejsou třeba žádná zvláštní opatření.

### Jaké jsou možné komplikace výkonu?

I při zcela správném provedení celého výkonu může dojít následkem tohoto výkonu k mírnějším nebo i vážnějším komplikacím:

- Drobné krvácení z podkoží či z hlubších tkání není nebezpečné.
- Velké krvácení při napíchnutí větší cévy. Štítná žláza je bohatě prokrvená a při některých chorobných stavech se toto prokrvení ještě výrazně zvyšuje. V těsné blízkosti žlázy probíhají velké krční tepny a žíly. Pokud dojde k napíchnutí větší cévy, především tepny, může být krvácení i nebezpečné a vyžaduje léčbu – od jednoduchého stlačení krvácejícího místa až po chirurgické ošetření u nejtěžších krvácení. Abychom však těžkému krvácení předešli, vyhýbáme se ložiskům příliš blízko velkých cév a výkon je v naší nemocnici prováděn pouze lékařem – specialistou, který má s těmito výkony dlouhodobou praxi.

- Infekce kůže a podkoží v místě vpichu, stav není nebezpečný, ve vážnějších případech se použije léčba antibiotiky. Zvýšené riziko je u dětí, starších lidí nad 60 let, alergiků, diabetiků, u pacientů s poškozenou funkcí ledvin, u osob s předchozí reakcí na kontrastní látku.

Celkově se dá říci, že při správném provedení výkonu je výskyt závažnějších komplikací zanedbatelný.

### Doplňující dotazy

Pokud některým informacím plně nerozumíte, neváhejte se znovu zeptat ošetřujícího lékaře. Vaše doplňující dotazy:

.....  
.....  
.....

### Souhlas pacienta

Prohlašuji, že se mnou lékař / lékařka provedl/a pohovor, při kterém mne vyčerpávajícím způsobem seznámil/a s plánovaným výkonem – **cílená punkční biopsie štítné žlázy**, riziky i případnými komplikacemi (jinými možnými postupy). Všem informacím jsem rozuměl/a a měl/a jsem též dostatek času si vše rozvážit. Měl/a jsem možnost položit lékaři doplňující dotazy, které mne v souvislosti s výkonem zajímaly. Pokud tomu tak bylo, byly mi dostatečně zodpovězeny. Nezatajil jsem žádné skutečnosti týkající se zdravotního stavu, které by mohly mít vliv na úspěch zákroku.

**SOUHLASÍM / NESOUHLASÍM** \* s uvedeným výkonem

**Ve Dvoře Králové n. L. dne:** ..... **Podpis pacienta:** .....

**Jméno a podpis zákonného zástupce:** .....  
(u pacientů nezletilých nebo zbavených způsobilosti k právním úkonům)

**Podpis lékaře:** .....

### Prohlášení svědka

(v případě, že pacient souhlasí / nesouhlasí, ale nemůže se podepsat)

**Jméno svědka:** .....

Prohlašuji, že pacient přede mnou projevil, že po poskytnutém poučení **souhlasí / nesouhlasí** \* s výkonem včetně všech jednotlivých výše uvedených prohlášení.

Pacient se nemůže podepsat z důvodu, že: .....  
.....  
.....

Pacient projevils svůj *souhlas / nesouhlas* \* tak, že: .....  
.....  
.....  
.....

Podpis svědka: .....

\* *nehodící se škrtněte*