SOUHLAS S PROVEDENÍM ZDRAVOTNÍHO VÝKONU
Radiodiagnostické oddělení – ultrazvukové pracoviště

Pacient/ka:
Lékař :

Vážená paní, pane dostavil/a jste se na základě doporučení ošetřujícího lékaře na **biopsii prsu** pod ultrazvukovou kontrolou. Cílem tohoto výkonu je snaha o **přesné zjištění povahy** (histologického složení) nejednoznačného podezřelého okrsku tkáně v prsu.
Jinou možností je operační biopsie v celkové narkoze.

Výkon bude probíhat takto:
Bude provedena dezinfekce kůže prsu a znecitlivění místa vpichu injekcí anestetika. Poté bude pod UZ kontrolou v místě znecitlivění opakovaně (2-3x) zavedena do ložiska bioptická jehla a odebrán vzorek tkáně k histologickému vyšetření. Následuje ošetření místa vpichu dezinfekčním roztokem a obvazem. Vše bude probíhat za podmínek sterility a asepse (postup proti zavlečení infekce do prsu).

Výkon má následující rizika:

- kožní alergická reakce na dezinfekci
- alergická reakce na anestetikum – riziko těžkých reakcí je do 0,5%
- riziko krvácení a hematomu (podkožní krevní výron - modřina) – riziko většího krvácení do 0,5% , malá nezávažná modřina je obvyklá.
- zavlečení infekce do prsu – riziko infekce v prsu je max. do 1%

Omezení v obvyklém způsobu života a pracovní schopnosti po provedení výše popsaného výkonu:

- Krycí obvaz do druhého dne
- V den výkonu omezení fyzické práce a sportovní činnosti
- V případě vzácných komplikací až nutnost hospitalizace v nemocničním zařízení

Alergie v anamneze: ano - ne
Léky na ředění krve: ano ne

Prohlášení pacienta/ky:
Prohlašuji, že jsem výše uvedenému vysvětlení porozuměl/a a otázky, které jsem lékaři dal/a, mi byly zodpovězeny. Lékař mi osobně vysvětlil vše, co je v Souhlasu s provedením výkonu uvedeno.
Prohlašuji, že jsem výše uvedenému poučení plně porozuměl/a a podpisem potvrzuji souhlas s provedením výkonu biopsie pod UZ kontrolou.

Souhlasím s provedením vyšetření

V Chebu dne

_____ _____
vlastnoruční podpis pacienta/ky Podpis lékaře, který poučení provedl

Podpisy svědků, pokud pacient není schopen vlastnoručního podpisu :

Vyjádření nesouhlasu s vyšetřením
Byl/a jsem poučen/a o možných závažných zdravotních následcích odmítnutého vyšetření.

_____ _____ _____
vlastnoruční podpis pacienta nebo svědků datum Podpis lékaře, který poučení provedl

u pacienta warfarinizovaného nebo se známou poruchou krevní srážlivosti je nutné provést vyšetření KO a INR.