

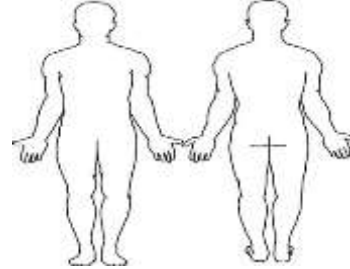
## INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTA

s poskytnutím zdravotních služeb a provedením zdravotních výkonů

Pacient:

Identifikační štítek

pacienta



Druh výkonu

**Punkce prostaty**

### Informace pro pacienta:

Vážená pacientko, vážený paciente,  
bylo Vám navrženo provedení výše uvedeného zdravotního výkonu. Před vlastním výkonem s Vámi lékař/ka hovořil/a o účelu a možnostech provedení zákroku a seznámil/a Vás s možnými riziky a komplikacemi plánovaného výkonu, abyste se mohl/a rozhodnout a dát k provedení výkonu svůj souhlas.

#### **Účel, povaha, předpokládaný přínos, důsledky a následky zdravotního výkonu nebo služby:**

Odběr vzorků tkáně prostaty tenkou jehlou přes stěnu konečníku pod sonografickou kontrolou v cloně antibiotik.  
Histologický rozbor vzorků tkáně prostaty /prohlédnutí pod mikroskopem/ a dle výsledku zvolení léčebného postupu.

#### **Možná rizika spojená se zdravotním výkonem nebo službou:**

Krvácení z konečníku, zimnice, třesavka, horečka, močová infekce, zánět prostaty ev. krev v moči, nutnost převodu krevních derivátů.

#### **Informace, zda existuje jiná alternativa či více alternativ, kromě navržené zdravotní služby či výkonu, jaký je jejich možný přínos, důsledky a rizika a poučení o možnosti volby:**

Není alternativa, pouze možnost výkonu v celkové anestezii.

#### **Informace o možném omezení v obvyklém způsobu života, v pracovní schopnosti, zdravotní způsobilosti, po poskytnutí zdravotní služby nebo provedení zdravotního výkonu, léčebném režimu, preventivních opatřeních, která jsou vhodná, případně o potřebě poskytnutí dalších zdravotních služeb:**

Ještě 2-3 dny po výkonu podávání antibiotik, případně prodloužení rekonvalescence při komplikovaném výkonu.

### Prohlašuji,

- že jsem byl poučen o svém právu klást otázky a svobodně se rozhodnout, zda s navrženou zdravotní službou či zdravotním výkonem souhlasím či nikoli,
- že jsem lékařům nezamlčel/a žádné mně známé informace o mém zdravotním stavu, které by mohly nepříznivě ovlivnit moji léčbu nebo ohrozit mé okolí, zejména rozšířením přenosné choroby,
- že jsem byl/a informován/a, že svůj souhlas s poskytnutím zdravotních služeb mohu odvolat. Byl/a jsem rovněž poučen/a, že odvolání není účinné, pokud již bylo započato provádění výkonu, jehož přerušování může způsobit vážné poškození mého zdraví nebo ohrožení mého života,
- že podaným informacím rozumím, nemám žádné další otázky, ani nejasnosti, a **vyslovuji svůj svobodný informovaný souhlas s uvedenými zdravotními službami a výkony.**
- Současně vyslovuji souhlas s tím, aby byly provedeny i další zde neuvedené zákroky, výkony a poskytnuty další zdravotní služby, bude-li to potřebné pro ochranu mého života a zdraví a nebude-li možné vyžádat si další dodatečný

informovaný souhlas. Beru na vědomí, že provedením zákroku, byť na náležitě odborné úrovni, nemusí být dosaženo předpokládaného výsledku.

Podpis pacienta (zákonného zástupce):

---

Poznámky lékaře k rozhovoru s pacientem:

Podpis lékaře:

Datum:

---