

## Informovaný souhlas pacienta (zákonného zástupce pacienta) s endomyokardiální biopsií

Pacient – jméno a příjmení:	Rodné číslo (číslo pojištění):
Datum narození: (není-li rodné číslo)	Kód zdravotní pojišťovny:
Adresa trvalého pobytu pacienta: (případně jiná adresa)	
Jméno zákonného zástupce (opatrovníka):	Rodné číslo:

### Název výkonu

**Endomyokardiální biopsie – odběr vzorku tkáně myokardu**

### Účel výkonu

Odběr vzorku srdeční tkáně k mikroskopickému vyšetření.

### Povaha výkonu

Intervenční výkon – skrze žílu v třísele nebo v oblasti krku se zavede speciální katétr zvaný bioptom do pravé komory srdeční, kde jsou pomocí miniaturních „kleštiček“ na jeho konci odebrány vzorky srdeční tkáně o velikosti kolem 2 mm. Vzorky jsou pak odesílány k další mikroskopické analýze.

### Předpokládaný prospěch výkonu

Přesnější diagnostika Vašeho onemocnění srdce.

### Alternativa výkonu

Není.

### Následky výkonu

Výkon nemá plánované trvalé následky.

### Možná rizika zvoleného výkonu

Jako každý intervenční výkon, i tento je spojen s rizikem vzniku komplikací.

Krvácení v místě vpichu do cévy, poškození cév, poruchy srdečního rytmu (v naprosté většině zcela nezávažné), vznik pneumothoraxu („plicní kolaps“ při vniknutí vzduchu do pohrudniční dutiny), ve zcela výjimečných případech plicní embolie, mozková mrtvice nebo poranění srdeční stěny možným proniknutím krve do osrdečnickové dutiny (srdeční tamponáda) s nutností odsátí krve z osrdečnicku, event. nutnost kardiokirurgické revize a úmrtí.

Je nutno říci, že veškeré uvedené komplikace se vyskytují velmi vzácně, v porovnání s diagnostickým a terapeutickým přínosem vyšetření jsou na akceptovatelné míře.

### Souhlas:

**pozn. Vaší odpověď zakroužkujte:**

Byl(a) jsem srozumitelně informován(a) o alternativách výkonu prováděných ve Fakultní nemocnici 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	<b>Podpis pacienta</b> nebo zákonného zástupce (opatrovníka)

<b>Jméno a příjmení lékaře</b> , který podal informaci	<b>Podpis lékaře</b> , který podal informaci

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

<b>Jak pacient projevil svou vůli:</b>			
<b>Jméno a příjmení zdravotnického pracovníka/svědka</b>	<b>Podpis zdravotnického pracovníka/svědka</b>	<b>Datum</b>	<b>Hodina</b>