



INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno a příjmení: Zadejte celé jméno	r. č.: Zadejte RČ
Zákonný zástupce pacienta (jméno, příjmení): Zadejte celé jméno	
Označení zdravotního výkonu (popřípadě několika výkonů): PUNKCE KOSTNÍ DŘENĚ	
Účel, povaha, předpokládaný prospěch, následky a možná rizika zdravotního výkonu: Punkce kostní dřeně slouží k potvrzení či vyloučení přítomnosti některých krevních onemocnění v kostní dřeni, k určení jejich rozsahu (klinického stadia), event. zjištění dalších odchylek krvetvorby. Dále se provádí v průběhu léčby z důvodu zjištění úspěšnosti léčby. Cílem výkonu je odběr (nasátí) několika mililitrů tekuté kostní dřeně k vyšetření. Jako každý invazivní výkon i punkce kostní dřeně přináší možná rizika, ale nejsou častá. Mezi uvedené komplikace řadíme: - Alergická reakce na dezinfekci nebo místně znecitlivující látku. - Krátkodobá bolestivost v místě vpichu. - Krvácení z místa vpichu, převážně při některých onemocněních krvetvorby či poruchách srážlivosti. - Pacient by měl vždy lékaře provádějící výkon informovat o veškerých svých známých alergiích, poruchách krevní srážlivosti, včetně léků, které mohou krevní srážlivost ovlivňovat (tzv. léky na ředění krve) a o eventuálně těhotenství.	
Jiné možnosti, jejich vhodnost, přínosy a rizika: Toto vyšetření nemá alternativu. V některých případech lze provést biopsii kostní dřeně, která je vždy spojená i s punkcí kostní dřeně. Jedná se však o náročnější výkon v celkové anestezii nebo analgosedaci (podání do žíly krátkodobě působícího silného analgetika a tlumícího léku způsobující ospalost).	
Zdravotní výkon bude probíhat takto: Vlastní výkon se provádí vleže na zádech (při odběru z hrudní kosti nebo z holeně) anebo vleže na břiše (při odběru ze zadního hrbolu lopaty kosti kyčelní). Po dezinfekci je provedeno místní znecitlivění kůže a podkoží aplikací léku přes vpich tenkou injekční jehlou. Po nástupu znecitlivění je punkční jehlou přes kůži, podkoží a okostici napíchnuta dřeňová dutina. Zavedení punkční jehly může být provázeno krátkým píchnutím či tlakem, na který vás lékař upozorní. Následně je odsáto několik mililitrů kostní dřeně do stříkačky. Vlastní nasátí dřeně může být provázeno také nepříjemným pocitem až mírnou (ale velmi krátkou – vteřinovou) bolestí. Po odstranění punkční jehly se místo vpichu na 24 hodin překryje sterilním krytím a přelepí náplastí.	
Omezení a doporučení ve způsobu života s ohledem na zdravotní stav a případné změny	



INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno a příjmení: Zadejte celé jméno

r. č.: Zadejte RČ

zdravotní způsobilosti po provedení uvedeného zdravotního výkonu:

Vyšetření pacienta výrazně neomezuje a není důvodem k pracovní neschopnosti.

Po odeznění místního znecitlivění může být pocíťována bolest v místě punkce z důvodu zhmoždění okostice. V den vyšetření je nutno nechat místo vpichu zalepené, nekoupat se ve vaně, pouze sprchovat. Obvaz nesmí přijít do styku s vodou.

Další potřebná léčba:

V případě bolesti po odeznění místního znecitlivění je možné užít běžný lék proti bolesti.

Prohlašuji, že lékař, který mi poskytl poučení, mi osobně vysvětlil vše, co je obsahem tohoto písemného informovaného souhlasu a měl jsem možnost klást mu otázky, na které mi řádně odpověděl. Prohlašuji, že jsem shora uvedenému poučení a informacím plně porozuměl a výslovně souhlasím s provedením tohoto zdravotního výkonu:

V případě, že pacient je **nezletilý nebo s omezenou svéprávností** a je přiměřeně rozumově a volně vespělý:

Prohlašuji, že jsem byl poučen v rozsahu, který je uveden výše.

Pokud pacientovi nebyly takové údaje poskytnuty, uveďte se důvod jejich neposkytnutí:

Zadejte důvod

V Praze dne Zadejte datum

.....
podpis pacienta / zákonného zástupce

.....
jméno, příjmení a podpis lékaře

.....
podpis nezletilého pacienta / pacienta s omezenou svéprávností

Pokud pacient / zákonný zástupce se nemůže s ohledem na svůj zdravotní stav podepsat:

Důvod, pro něž pacient / zákonný zástupce není schopen se podepsat: Zadejte důvod

Způsob, jak pacient / zákonný zástupce projevil svou vůli: Zadejte způsob

.....
jméno, příjmení a podpis svědka

verze číslo: Zadejte číslo platnost od: Zadejte datum.

tisk: Doplňte



VŠEOBECNÁ FAKULTNÍ NEMOCNICE V PRAZE

U Nemocnice 499/2, 128 08 Praha 2 | IČ: 00064165, tel.: 224 961 111

Formulář | IS-VFN-007 | strana 3 z 3

INFORMOVANÝ SOUHLAS