



Klinika dětské hematologie a onkologie 2. LF UK a FN Motol  
FAKULTNÍ NEMOCNICE V MOTOLE  
V Úvalu 84, 155 00 Praha 5, IČ: 00064203

Identifikační štítek pacienta

## INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTA/ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE S VÝKONEM ASPIRACE (ODBĚR NASÁTÍM) KOSTNÍ DŘENĚ

### 1. *Diagnóza, která vede k provedení zdravotního výkonu (zdůvodnění/indikace):*

- Podezření na onemocnění kostní dřeně a poruchy krve tvorby
- Sledování průběhu a léčby onemocnění kostní dřeně a poruch krve tvorby
- Jiné \_\_\_\_\_

### 2. *Informace o potřebném zdravotním výkonu (o jeho účelu, povaze, předpokládaném prospěchu a následcích):*

Výkon provádíme v mírné analgosedaci (podání léků s protibolestivým a zklidňujícím účinkem) a po předchozím místním znecitlivěním místa odběru kostní dřeně. Nasátí kostní dřeně se provádí odběrovou jehlou, která se vpichem zavede skrze kůži a měkké tkáně do kosti a kostní dřeně. Obvykle se odběr provádí z hrudní kosti nebo kosti holenní lopaty kosti kyčelní. V některých situacích se provádí odběr z několika míst. Přes veškerou snahu lékaře se odběr nemusí podařit a je jej nutno opakovat z jiného místa, případně i s nutností celkové anestezie při výkonu. Účelem odběru kostní dřeně je její mikroskopické a další laboratorní vyšetření, od kterých očekáváme stanovení nebo upřesnění diagnózy nebo posouzení účinnosti léčby již stanoveného onemocnění. Během léčby onemocnění kostní dřeně, poruchy krve tvorby, zhoubných onemocnění se aspirace kostní dřeně provádí opakovaně.

### 3. *Rizika zdravotního výkonu:*

- místní alergická reakce na znecitlivující látku
- tlak a bolest v místě zavádění jehly
- krvácení z místa vpichu

### 4. *Alternativy zdravotního výkonu:*

- V souvislosti s tímto výkonem nejsou

### 5. *Údaje o možném omezení v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti po provedení příslušného zdravotního výkonu, lze-li takové omezení předpokládat; v případě možné nebo očekávané změny zdravotního stavu též údaje o změnách zdravotní způsobilosti:*

**Předpokládaná doba hospitalizace:** U výkonu samotného se nepředpokládá vliv na délku hospitalizace a lze jej provádět i ambulantně.

**Předpokládaná doba trvání pracovní neschopnosti (předpokládaná doba, po kterou pacient nebude schopen vykonávat své studium):** Výkon samotný nevede k pracovní neschopnosti nebo neschopnosti vykonávat studium.

**Předpokládaná omezení v běžném způsobu života:** Omezení běžného způsobu života výkon nepředpokládá.

**Předpokládané změny zdravotní způsobilosti:** Výkon sám ke změně zdravotní způsobilosti nevede.

### 6. *Údaje o léčebném režimu a preventivních opatřeních, která jsou vhodná, a údaje o poskytnutí dalších zdravotních služeb (zdravotních výkonů):*

Místa vpichu ponechat krytá do následujícího rána náplastovým obvazem.

**Prohlášení lékaře:**

Prohlašuji, že jsem výše uvedeného pacienta/zákonného zástupce pacienta srozumitelným způsobem a v dostatečném rozsahu informoval/a o jeho zdravotním stavu/o zdravotním stavu osoby jím zastupované a o veškerých shora uvedených skutečnostech, o navrženém individuálním léčebném postupu a všech jeho změnách, včetně upozornění na možné komplikace. Pacient/zákonný zástupce pacienta byl seznámen s plánovaným výkonem – aspirací kostní dřeně. Pacient (zákonný zástupce) byl též seznámen s plánovaným způsobem anestezie (sedace), bude-li použita.

V Praze, dne.....20..... v.....hod.

.....  
**Podpis a jmenovka lékaře**

**Prohlášení a souhlas pacienta/zákonného zástupce pacienta:**

Já, níže podepsaný/á, prohlašuji, že jsem byl/a lékařem srozumitelně a v dostatečném rozsahu informován/a o svém zdravotním stavu/o zdravotním stavu osoby mnou zastupované a o veškerých shora uvedených skutečnostech. Údaje a poučení mi byly lékařem sděleny a vysvětleny, porozuměl/a jsem jim a měl/a jsem možnost klást doplňující otázky, které mi byly lékařem srozumitelně zodpovězeny.

Na základě poskytnutých informací a po vlastním zvážení souhlasím s provedením zdravotního výkonu/souhlasím s provedením výkonu u osoby mnou zastupované, včetně provedení dalších zdravotních výkonů, pokud by jejich neprovedení bezprostředně ohrozilo můj život nebo zdraví/život nebo zdraví osoby mnou zastupované.

Současně také prohlašuji, že jsem lékaři sdělil/a všechny mně známé okolnosti, které by mohly zkomplikovat klidný průběh zdravotního výkonu (zejména užívané léky, alergie a všechna přidružená onemocnění).

Jsem si vědom/a, že tento svůj souhlas můžu kdykoliv odvolat.

**Pro zákonného zástupce pacienta:**

Jako zákonný zástupce nezletilého pacienta nebo pacienta s omezenou svéprávností prohlašuji, že veškeré shora uvedené informace byly poskytnuty rovněž tomuto pacientovi (za podmínky, je-li k tomu pacient přiměřeně rozumově a volně vyspělý). *Pokud pacientovi nebyly takové informace poskytnuty, uvede se důvod jejich neposkytnutí:*

V Praze, dne.....20..... v.....hod.

.....  
**Podpis pacienta\* /zákonného zástupce**

**Identifikace zákonného zástupce:**

Jméno a příjmení: .....

Datum narození: ..... Vztah k pacientovi: .....

**Podpisová doložka svědka:**

.....  
 Důvod nepodepsání, nemůže-li se pacient podepsat

.....  
 Způsob, jakým pacient projevil vůli

.....  
 Jméno a příjmení svědka

.....  
 Podpis svědka

\* Nezletilému pacientovi lze zdravotní služby poskytnout na základě jeho souhlasu, jestliže je provedení takového úkonu přiměřeně jeho rozumově a volně vyspělosti odpovídající jeho věku. U pacienta s omezenou svéprávností se postupuje obdobně, nezohledňuje se však věk pacienta.