

ŽÁDANKA NA VYŠETŘENÍ HISTOLOGICKÉHO MATERIÁLU



CITYLAB s r. o.
Seydlerova 2451/8
158 00 Praha 5
www.citylab.cz

Laboratoře patologie
Pražská 258, 276 01 Mělník
tel.: 315 639 422
mobil: +420 602 277 933

číslo vzorku

Rodné číslo:
(číslo pojištění)

Pohlaví (M/Ž):

Diagnóza:

Kód pojišťovny:

Jméno:

Samoplátce:

Datum narození:

Datum odběru:

Čas odběru:

Adresa:

IČZ:

Odbornost lékaře:

Předmět vyšetření a lokalizace:

Trvání nemoci:

Předchozí ozařování:

Předchozí histologická vyšetření

Fixační tekutina (druh): Formol 10% Jiné:

Klinická diagnóza (popř. stručný klinický průběh):
.....
.....
.....

Razítko lékaře nebo oddělení s adresou:

Podpis lékaře:

Materiál odebral:

Datum a čas přijetí vzorku laboratoří:

Informovaný souhlas s provedením biopsie děložního hrdla.

1) **Důvody k provedení biopsie**

Podezření na přednádorový stav děložního čípku.

2) **Popis navrhované metody a postupů**

Účelem je odebrání vzorku z děložního čípku na histopatologické vyšetření, zákrok se provádí bioptickými kleštěmi bez nutnosti znecitlivění.

3) **Možné komplikace a rizika**

krvácení, zánětlivé komplikace, bolestivost při zákroku a v období po zákroku, poranění okolních tkání

4) **Alternativy léčby**

nejsou

5) **Údaje o omezení v obvyklém způsobu života a pracovní schopnosti, léčebném režimu**

omezení a pracovní neschopnost předem nelze předpokládat, po zákroku je vhodné po dobu 3 dnů vynechání pohlavního styku, koupání (doporučuje se pouze sprchovat), nedoporučuje se používání poševních tamponů, o další léčbě rozhodne výsledek histopatologického vyšetření.

6) **Prohlášení pacientky**

Prohlašuji, že jsem byla ošetřujícím lékařem úplně a dostatečně informována o mém zdravotním stavu, o důvodech vedoucích k plánovanému vyšetření a léčbě. Souhlasím s navrženými vyšetřeními a léčbou. Lékař mě podrobně a srozumitelně seznámil s postupem léčby, povahou navrhované metody, jejími výhodami a úspěšností. Dále prohlašuji, že jsem byla lékařem poučena o trvalých následcích a možných rizicích této metody, o jejích alternativách, ale i o jiných závažných okolnostech s léčbou souvisejících. Lékař mě též informoval o možných omezeních ve způsobu života a v pracovní schopnosti po provedení této metody. Měla jsem možnost se lékaře zeptat na vše, čemu jsem nerozuměla. Lékař mi všechny doplňující otázky jasně a srozumitelně zodpověděl. Všem bodům uvedeného poučení i odpovědím na doplňující otázky jsem úplně porozuměla. Dále prohlašuji, že v případě neočekávaných komplikací vyžadujících provedení neodkladných dalších výkonů potřebných k ochraně mého zdraví, souhlasím s provedením těchto dalších potřebných a neodkladných výkonů. Dále prohlašuji, že jsem lékařovi sdělila všechny skutečnosti významné pro posouzení mého zdravotního stavu a pro volbu optimálního léčebného režimu (zejména zdravotní údaje). Akceptuji upozornění, že v případě nepravdivosti tohoto prohlášení není ošetřující lékař odpovědný za jím způsobené následky. Zavazuji se, že dojde-li k jakékoliv podstatné změně, budu ošetřujícího lékaře neprodleně informovat.

Jméno a příjmení pacientky:.....

Datum:

R. č.:

Podpis pacientky:

Prohlášení lékaře:

Prohlašuji, že jsem pacientce jasně a srozumitelně vysvětlil/a obsah tohoto poučení, zejména jsem jí seznámil/a s jejím zdravotním stavem, plánovaným vyšetřením, léčebným postupem, následnými omezeními a riziky s výkonem spojenými.

Jméno a podpis lékaře:

V dne

.....