

## Punkce lymfatické uzliny

### Pacient (štítek)

---

Jméno a příjmení:

---

Rodné číslo:

Bydliště:

---

### Zákonný zástupce

---

Jméno a příjmení:

Datum narození:

---

### Vážená paní, vážený pane, vážení rodiče,

v předkládaném formuláři si přečtete informace o punkci lymfatické uzliny.

Pomohou Vám připravit se na rozhovor s lékařem, který Vás bude informovat o navrhovaném postupu, abyste se mohl(a) rozhodnout a dát souhlas k jeho provedení.

### Co je punkce lymfatické uzliny:

Bylo u Vás zjištěno zvětšení lymfatické uzliny, které se může vyskytnout při celé řadě onemocnění. Punkce lymfatické uzliny je punkce této uzliny jehlou k odběru vzorku k vyšetření v laboratoři.

### Jaký je důvod (indikace) tohoto výkonu:

Důvodem punkce lymfatické uzliny je určení Vaší diagnózy podle odebraného vzorku při punkci lymfatické uzliny.

### Jaký je režim pacienta před výkonem:

Před výkonem nejsou zvláštní opatření.

### Jaký je postup při provádění výkonu:

Před výkonem je provedena desinfekce místa punkce. Punkce se provádí tenkou jehlou, která je zavedena lékařem podle klinického vyšetření či za ultrazvukové nebo CT kontroly do lymfatické uzliny s odběrem materiálu na vyšetření. Výkon je minimálně bolestivý, provádí se po dezinfekci místa vpichu.

### Jaké jsou možné komplikace a rizika:

Bezprostředně po punkci se může někdy objevit bolest, podráždění nebo nepříjemný pocit v místě vpichu, krvácení. Tyto komplikace jsou v naprosté většině přechodné a krátkodobé.

### Jaký je režim pacienta po provedení výkonu:

Místo vpichu je přelepeno náplastí na 12 hodin, nejsou další zvláštní opatření.

### Jaké jsou možné alternativy výkonu:

V některých případech může být alternativou chirurgický výkon, který je spojen s vynětím lymfatické uzliny. Tento výkon je však pro pacienta náročnější a komplikovanější.

Prohlašuji, že mi byl náležitě objasněn důvod, předpokládaný prospěch, způsob provedení, následky i možná rizika a komplikace plánovaného výkonu. Byly mi vysvětleny možné alternativy včetně jejich komplikací a zdravotní důsledky vyplývající z nepodstoupení plánovaného výkonu. Měl(a) jsem možnost zeptat se lékaře na všechno, co mě ve vztahu k plánovanému výkonu zajímá a obdržel(a) jsem vysvětlení, kterému jsem porozuměl(a). Lékařem jsem byl(a) poučen(a) o možnosti svůj souhlas s navrženým postupem odvolat.

**S provedením výše uvedeného výkonu souhlasím.**

**Datum:**

\_\_\_\_\_  
Podpis pacienta nebo zákonného zástupce

\_\_\_\_\_  
Razítko oddělení, jméno, příjmení a podpis ošetřujícího lékaře, který vysvětlující pohovor provedl

**Pacient(ka) není schopen(a) podpisu. Svůj souhlas vyjádřil(a):**

popište způsob:

\_\_\_\_\_  
Jméno, příjmení a podpis svědka

\_\_\_\_\_  
Razítko oddělení, jméno, příjmení a podpis lékaře