

Olomoucká 470/86, Předměstí, 746 01 Opava

INFORMOVANÝ SOUHLAS K PROVEDENÍ ZDRAVOTNÍCH VÝKONŮ ZNAČENÍ NEHMATNÉHO LOŽISKA V PRSU

- LOKALIZAČNÍ DRÁTEK LOKALIZAČNÍ KLIP CARBO ADSORBENS
- LOKALIZAČNÍ IONIZUJÍCÍ ZRNO ISOAID ADVANTAGE I-125 LOKALIZAČNÍ MAGNETICKÉ ZRNO

*příslušný výkon lékař/ka výrazně označí

lékař/ka, který/á provedl/a poučení (hůlkovým písmem)

jméno, příjmení pacienta/ky: _____
(hůlkovým písmem)

jméno, příjmení zákonného zástupce/opatrovníka: _____

rodné číslo (číslo pojištění): _____

adresa místa trvalého pobytu pacienta/ky: _____
(hůlkovým písmem)

Vážená paní,

lékařem Vám bylo na základě nálezu v prsu doporučeno označení nehmavného ložiska před jeho plánovaným chirurgickým odstraněním. Předpokládaným přínosem zdárného označení nehmavného ložiska bude možnost zrealizovat jeho chirurgického odstranění. Označení se provádí lokalizačním drátkem, klipem, pomocí značícího pigmentu Carbo adsorbens, radioaktivním či magnetickým zrnem, pod kontrolou ultrazvuku či mamografické stereotaxe.

Označení lokalizačním drátkem či klipem či ionizujícím nebo magnetickým zrnem pod kontrolou mamografu se provádí vsedě. Stereotakticky Vám bude zaměřeno ložisko, do kterého Vám lékař/ka po dezinfekci a místním znecitlivění anestetikem zavede lokalizační drátek či klip či radioaktivní nebo magnetické zrno. Po celou dobu vyšetření je prs komprimován (stlačen) a Váš pohyb je omezen. Další variantou je zavedení lokalizačního drátku či klipu či radioaktivního nebo magnetického zrna pod kontrolou ultrazvuku, kdy během vyšetření ležíte na lůžku.

Označení pomocí pigmentu Carbo adsorbens se provádí pod ultrazvukovou kontrolou, který spolehlivě přetrvává v místě instalace spolu s korelátem na kůži až do doby, než je spolu s ložiskem odstraněn.

Cílem a účelem výše uvedených výkonů je označení nehmavného ložiska před jeho plánovaným chirurgickým odstraněním. Zákrok trvá asi 20 minut.

O typu výkonu Vás bude informovat předem lékař.

- v případě lokalizačního drátku – kromě sterilního překrytí následuje fixace pomocí elastického obinadla,
- v případě radioaktivního zrna – je to velmi slabý zářič, který neohrožuje ani Vás ani Vaše okolí, po ukončení výkonu bude místo sterilně překryto,
- v ostatních případech následuje pouze sterilní překrytí místa výkonu.

Olomoucká 470/86, Předměstí, 746 01 Opava

Lékařem jste byla poučena, že alternativou výše uvedeného zákroku je **vyznačení průmětu na kůži**, které však není zdaleka tak přesné.

Byla jsem nadále poučena lékařem, že výkon má následující rizika:

- kožní alergická reakce na dezinfekci;
- kožní alergická reakce na náplast;
- alergická reakce na anestetikum – riziko těžkých reakcí je do 0,5 %;
- riziko krvácení a hematomu – modřiny s rizikem většího krvácení do 0,5 %, malá nezávažná modřina je obvyklá;
- zavlečení infekce do prsu – riziko infekce je maximálně 1 %;
- v případě radioaktivního zrna nepoužívat u pacientů mladších 18 let, těhotných a kojících žen.

Do doby operace ponechte místo zakryté.

Beru na vědomí, že po provedení uvedeného zdravotního výkonu budu takto omezena v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti:

- při termínu operace v odložené době je nezbytné ponechat krycí obvaz do druhého dne nebo do doby operace.

Beru na vědomí, že po provedení uvedeného zdravotního výkonu budu muset dodržovat následující léčebný režim a preventivní opatření:

- v případě odložení termínu výkonu operace ponechám krycí obvaz do termínu operace, pokud lékař neurčí jinak;
- omezím fyzické práce a sportovní činnosti včetně vodních sportů.

Prosíme o vyplnění následujících údajů:

správnou odpověď označte křížkem

- | | ANO | NE |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Vyskytla se u Vás někdy alergická reakce na léky? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Pokud ano, na jaké? _____ | | |

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 2. Užíváte léky na tzv. „ředění krve“ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (např. DOAC, Xarelto, Pradaxa a Eliquis, Warfarin, Acylpyrin, apod.)? | | |

Souhlas pacientky

Byla jsem poučena o svém právu klást otázky a svobodně se rozhodnout, zda s navrženou zdravotní službou (zdravotním výkonem) souhlasím či nikoliv. Byla jsem podrobně informována o plánovaném zdravotním výkonu. V případě, že bude u mě pro lokalizaci použito radioaktivní zrno s I-125, byla jsem prokazatelně poučena o rizicích plynoucích z ionizujícího záření, které je emitováno radioaktivními zrny s I-125. Byl mi sdělen důvod tohoto zdravotního výkonu a jeho přínos pro mě. Byla jsem informována i o jiných možnostech a alternativách poskytovaných zdravotních služeb a výkonů, jejich vhodnosti, přínosech a rizicích pro mě.

Olomoucká 470/86, Předměstí, 746 01 Opava

Byla jsem informován/a i o jeho možných rizicích a komplikacích. Toto vše mi bylo sděleno srozumitelně, bylo mi umožněno vše zvážit a zeptat se na vše, co jsem považovala za důležité.

Prohlašuji, že podaným informacím rozumím, nemám žádné další otázky, ani nejasnosti a tímto uděluji svůj svobodný informovaný souhlas s výše uvedenou zdravotní službou a výkonem.

datum: _____

podpis lékaře/ky: _____

podpis pacienta/ky: _____

(event. zákonného zástupce nebo opatrovníka)

Záznam o odmítnutí poskytnutí výše uvedené zdravotní služby/výkonu – revers

Výše navrhovaný výkon odmítám. Byla jsem opakovaně podrobně informována o svém zdravotním stavu, o důvodu a přínosu tohoto zdravotního výkonu. Zároveň jsem byla informována o možných nepříznivých následcích, které z odmítnutí tohoto zdravotního výkonu mohou nastat. Vše mi bylo sděleno srozumitelně, bylo mi umožněno vše zvážit a zeptat se na vše, co jsem považovala za důležité. Přesto prohlašuji, že i přes poskytnuté informace a vysvětlení shora uvedenou, potřebnou zdravotní službu a výkon odmítám s plným vědomím možných důsledků pro můj život a zdraví.

datum, místo, čas: _____

podpis lékaře/ky: _____

podpis pacienta/ky: _____

(event. zákonného zástupce nebo opatrovníka)

Svěddek

(vyplňuje se v případě, že pacient nesouhlasí s výkonem a zároveň odmítá podepsat nesouhlas)

jméno a příjmení: _____ datum narození: _____

datum: _____ podpis svědka: _____