

## INFORMOVANÝ SOUHLAS K PROVEDENÍ ZDRAVOTNÍCH VÝKONŮ ZNAČENÍ NEHMATNÉHO LOŽISKA V PRSU

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

\*příslušný výkon lékař/ka výrazně označí

---

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

---

jméno, příjmení, datum narození, adresa místa trvalého pobytu pacienta (hůlkovým písmem)  
(**event.** u nezletilých osob či osob omezených ve svéprávnosti v oblasti týkající se tohoto právního jednání  
- jméno, příjmení, datum nar., adresu místa trvalého pobytu zákonného zástupce nebo opatrovníka)

Vážená paní,

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

**Označení lokalizačním drátkem či klipem či ionizujícím zrnem** pod kontrolou mamografu se provádí vsedě. Stereotakticky Vám bude zaměřeno ložisko, do kterého Vám lékař/ka po dezinfekci a místním znečistlivění anestetikem zavede lokalizační drátek či klip či radioaktivní zrno. Po celou dobu vyšetření je prs komprimován (stlačen) a Váš pohyb je omezen. Další variantou je zavedení lokalizačního drátku či klipu či radioaktivního 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 nehmatného ložiska před jeho plánovaným chirurgickým odstraněním. Zárok trvá asi 20 minut. O typu výkonu Vás bude informovat předem lékař. Radioaktivní zrno je velmi slabý zářič, který neohrožuje ani Vás ani Vaše okolí. Po ukončení výkonu bude místo sterilně překryto. V případě lokalizačního drátku kromě sterilního překrytí následuje fixace pomocí elastického obinadla.

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? Pokud ano, na jaké? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Užíváte léky na tzv. „ředění krve“ (např. Pelentan, Warfarin, Acylpyrin, apod.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**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. Byla jsem prokazatelně poučena o rizicích plynoucích s ionizujícím zářením emitovaným 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. 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 pacientky: \_\_\_\_\_  
(event. zákonného zástupce nebo opatrovníka)

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

Výše navržený 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 pacientky: \_\_\_\_\_  
(event. zákonného zástupce nebo opatrovníka)

**Svědék**

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

jméno a příjmení: \_\_\_\_\_ datum narození: \_\_\_\_\_

datum: \_\_\_\_\_ podpis svědka: \_\_\_\_\_