

Informovaný souhlas pacienta(tky) s výkonem

Implantace kontrastních markerů do nitrobřišních nebo nitrohruďných orgánů

Vážená paní, Vážený pane,

vzhledem k tomu, že jako svéprávný jedinec se podílíte významným způsobem na diagnostickém a léčebném postupu navrženém u Vaší osoby, máte právo být před Vaším rozhodnutím o těchto postupech podrobně informován(a).

Na základě Vašeho aktuálního zdravotního stavu Vám byla lékařem doporučena implantace kontrastních markerů do oblasti postižené zhoubným nádorem.

Jaký je důvod (indikace) tohoto výkonu:

Uvedený výkon je specializovaný postup k přesnému zaměření léčené oblasti tak, aby bylo možno použít moderní robotický ozařovač – Kybernetický nůž (CyberKnife).

K tomu, abychom mohli spolehlivě zaměřit zhoubný nádor, je nutné do této oblasti zavést několik (zpravidla 3-5) rentgen kontrastních zlatých zrn o velikosti 1x1x5mm. Zrna se aplikují do oblasti postižené zhoubným nádorem pomocí tenké jehly a než začneme ozařovat, je potřeba po aplikaci vyčkat 7-10 dní.

Výkon se provádí pod kontrolou rentgenových přístrojů, počítačové tomografie (CT) nebo ultrazvuku (UZ). Mimo jiné proto, abychom omezili možné komplikace na minimum. Pokud tento krátký výkon odmítnete, nebude u Vás možno indikovat k léčbě kybernetický nůž (CyberKnife).

Jaký je režim pacienta před výkonem:

8 hodin nejíst a nekouřit, 2 hodiny před vyšetřením nepít, je nutná hospitalizace, k zamezení krvácení se požaduje vyšetření krevní srážlivosti.

Jaký je postup při provádění výkonu (cílené biopsie):

- zacílení ložiska pomocí UZ, CT či rentgenových přístrojů,
- dezinfekce místa vpichu,
- lokální znecitlivění,
- vlastní aplikace zlatých zrn tenkou jehlou (někdy po nařiznutí kůže kopíčkem).

Jaké jsou možné komplikace a rizika:

Počet těchto výkonů a postupný rozvoj techniky snižuje riziko vzniku komplikací, ale mohou se zřídka objevit. Nejčastěji je možný výskyt těchto komplikací:

- komplikace v místě vpichu, nejčastěji malé krvácení,
- alergická reakce na látku pro znecitlivění,
- krvácení do punktovaných orgánů, volné dutiny břišní, hrudní,
- kolaps plic, natržení stěny trávicí trubice.

Jaké jsou alternativy výkonu:

Tento výkon nemá rovnocennou alternativu. Pokud se kontrastní značky nezavedou, je přesnost výkonu mnohonásobně nižší a hrozí buď poškození zdravých tkání nebo nižší úspěšnost léčby.

Abychom snížili riziko komplikací na minimum, zodpovězte nám, prosím, následující otázky:

Trpíte sennou rýmou, přecitlivělostí vůči potravinám, lékům, náplastem, lékům na místní umrtvení?	ano – ne*
Vznikají Vám snadno na kůži krevní podlitiny nebo se k tomu vyskytuje náchylnost ve Vašem příbuzenstvu (pouze krevní příbuzní)?	ano – ne*
Máte zvýšený sklon ke krvácení již při malých poraněních nebo po vytržení zubu?	ano – ne*

Jaký je režim pacienta po výkonu:

12 hodin klid na lůžku. 2 hodiny sledovat místo vpichu, krevní tlak, puls – provádí zdravotnický personál.

V případě jakýchkoliv potíží okamžitě upozornit ošetřujícího lékaře!!!

Identifikační údaje pacienta(tky):

Příjmení:		Jméno:		Titul:		RČ:	
-----------	--	--------	--	--------	--	-----	--

Identifikační údaje zákonného zástupce, opatrovníka:

Příjmení:		Jméno:		Titul:		RČ:	
-----------	--	--------	--	--------	--	-----	--

Plánovaný výkon:

Implantace kontrastních markerů do nitrobřišních nebo nitrohručních orgánů

Vysvětlující pohovor provedl:

identifikace a podpis lékaře

Prohlašuji, že mi byl náležitě objasněn důvod, předpokládaný prospěch, způsob provedení, následky i možná rizika a komplikace plánovaného výkonu. Dále mi byly 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 plánované léčbě zajímá a obdržel(a) jsem vysvětlení, kterému jsem porozuměl(a). S podáním výše uvedené léčby souhlasím.

Dále prohlašuji, že jsem pravdivě informoval(a) ošetřujícího lékaře o dosavadním vývoji svého zdravotního stavu, včetně informací o infekčních nemocech, o zdravotních službách poskytovaných jinými poskytovateli, o užívání léčivých přípravků, včetně užívání návykových látek, a dalších skutečnostech podstatných pro poskytování zdravotních služeb a nezatajil(a) jsem žádné okolnosti svého zdravotního stavu, které jsou překážkou v provedení výkonu, či mohou být v jakékoli souvislosti se vznikem komplikací.

Bylo mi podáno vysvětlení, že v případě výskytu neočekávaných komplikací vyžadujících neodkladné provedení dalších výkonů nutných k záchraně mého života nebo zdraví, budou tyto výkony provedeny.

V Ostravě dne:

.....
podpis pacienta(tky), zákonného zástupce,
opatrovníka