

INFORMOVANÝ SOUHLAS
S POSKYTNUTÍM ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB PROVEDENÍM ZDRAVOTNÍCH VÝKONŮ
ZNAČENÍ NEHMATNÉHO LOŽISKA V PRSU

LOKALIZAČNÍ DRÁTEK

CARBO ADSORBENS

*příslušný výkon lékař/ka výrazně označí

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

Jméno, příjmení, datum narození pacienta (hůlkovým písmem)

Vážená paní,

lékařem Vám bylo na základě nálezu v prsu doporučeno označení nehmavného ložiska před jeho plánovaným chirurgickým odstraněním. Označení se provádí lokalizačním drátkem nebo pomocí značícího pigmentu Carbo adsorbens, pod kontrolou ultrazvuku či mamografické stereotaxe.

Označení lokalizačním drátkem 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. Po celou dobu vyšetření je prs komprimován (stlačen) a Váš pohyb je omezen. Další variantou je zavedení lokalizačního drátku *pod kontrolou ultrazvuku*, kdy během vyšetření ležíte na lůžku.

Označení pomocí pigmentu Carbo adsorbens se provádí pod ultrazvukovou kontrolou, který spolehlivě přetrvává v místě instilace 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. Vyšetření trvá asi 20 minut. O typu výkonu Vás bude informovat předem lékař. Po ukončení výkonu bude místo sterilně překryto. V případě lokalizačního drátku kromě sterilního překrytí následuje fixace pomocí elastického síťového obinadla (pruban).

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 důsledky, následky, komplikace a 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 %

Výkon se zpravidla provádí v den operace. Do doby operace ponechte místo zakryté.

Při termínu operace v odložené době ponechte:

- krycí a elastický síťový obvaz do druhého dne nebo do doby operace

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 či zdravotním výkonem souhlasím či nikoliv. Byla jsem podrobně informována o plánovaném zdravotním výkonu. Byl mi sdělen důvod tohoto zdravotního výkonu a jeho přínos pro mě. Byla jsem informován/a 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: _____
(zákonného zástupce)

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 pacientky: _____
(zákonného zástupce)

Svěddek

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

Jméno a příjmení: _____

Datum narození: _____

Datum: _____

Podpis svědka: _____