



Klinika zobrazovacích metod 2. LF UK a FN Motol
FAKULTNÍ NEMOCNICE V MOTOLE
 V Úvalu 84, 150 06 Praha 5, IČ: 00064203

Příjmení:

Jméno:

RČ pacienta:

INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTA/ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE S VÝKONEM TERMOABLACE / ELEKTROPORACE PATOLOGICKÝCH LOŽISEK

1. *Diagnóza, která vede k provedení zdravotního výkonu (zdůvodnění/indikace):*

- TU ložisko (primární tumor, metastáza)

2. *Informace o potřebném zdravotním výkonu (o jeho účelu, povaze, předpokládaném prospěchu a následcích):*

Cílem je destrukce tumorózních ložisek v orgánech (játra, plíce, ledviny, měkké tkáně, kost).

V celkové anestezii, nebo hluboké analgosedaci je pod kontrolou CT, nebo UZ přes kůži zavedena jedna termoablační jehla do patologického ložiska. V případě elektroporace pak je nutné zavést dvě, vzácně až pět tenkých elektrod - jehel.

3. *Rizika zdravotního výkonu mohou být zejména:*

- Přechodná bolest v oblasti léčby, u ložisek při povrchu těla i intenzivní bolest v okolí místa vpichu.
- Nevelký hematom v místě vpichu.
- Nevelký pneumotorax při přístupu přes část plic, nebo při léčbě ložiska v plicní tkáni.
- Možnost vzniku pozdního pneumotoraxu.
- Vznik malého množství tekutiny v dutině břišní, nebo hrudní.
- Vzácně poranění střeva, nebo okolního orgánu.
- Zvýšená tělesná teplota po výkonu.
- Přechodně bolesti vyzařující do pravého, či levého ramene.
- Vzácně kožní nekróza, v případě léčby kostního tumoru při povrchu těla i možnost popáleniny až nekrózy svalové struktury v okolí zavedené radiofrekvenční jehly.
- Možnost krvácení do dutiny břišní, nebo hrudní, možnost krvácení do tkáně léčeného orgánu nebo pod kapsulku jater, či ledvin.
- Vzácně možnost zavlečení maligních buněk do punkčního kanálu kolem zavedené ablační sondy.
- Vzácně tepelné poranění žlučových nebo močových cest s případným vznikem žlučové nebo močové kolekce.
- Vzácně zúžení žlučovodu nebo močovodu.
- Tepelné poranění velkých jaterních nebo plicních, či jiných velkých cévních struktur v okolí léčeného ložiska se vznikem nekrózy v okolí léčené části orgánu.
- Zánětlivá komplikace v místě ablace s možností vzniku a rozvoje až abscesu zvláště v parenchymovém orgánu, či v okolí ložiska.
- Zánětlivá reakce na povrchu těla v místě vstupu jehly do těla.

Rizika závisí na léčebném orgánu a regionu

4. *Alternativy zdravotního výkonu:*

- Chirurgická resekce patologického ložiska

5. *Údaje o možném omezení v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti po provedení příslušného zdravotního výkonu, lze-li takové omezení předpokládat; v případě možné nebo očekávané změny zdravotního stavu též údaje o změnách zdravotní způsobilosti:*

- Jednodenní klid na lůžku, jinak v závislosti na primárním onemocnění a možných přidružených onemocněních.

Předpokládaná doba hospitalizace:

- 1 – 2 dny

Předpokládaná doba trvání pracovní neschopnosti (předpokládaná doba, po kterou pacient nebude schopen vykonávat své studium):

- 1 – 5 dnů

Předpokládaná omezení v běžném způsobu života:

- nepředpokládají se.

Předpokládané změny zdravotní způsobilosti:

- v souvislosti s výkonem se nepředpokládají.

6. Údaje o léčebném režimu a preventivních opatřeních, která jsou vhodná, a údaje o poskytnutí dalších zdravotních služeb (zdravotních výkonů):

- Alespoň jeden den klid na lůžku s užíváním analgetik, dostatečná hydratace. Jinak v závislosti na základním onemocnění.

Prohlášení lékaře:

Prohlašuji, že jsem výše uvedeného pacienta/zákonného zástupce pacienta srozumitelným způsobem a v dostatečném rozsahu informoval/a o jeho zdravotním stavu/o zdravotním stavu osoby jím zastupované a o veškerých shora uvedených skutečnostech, o navrženém individuálním léčebném postupu a všech jeho změnách, včetně upozornění na možné komplikace. Pacient/zákonný zástupce pacienta byl seznámen s plánovaným způsobem anestézie (sedace), bude-li použita.

Prohlášení lékaře, bude-li pacientovi implantován zdravotnický prostředek:

Prohlašuji, že jsem poskytl/a pacientovi/zákonnému zástupci pacienta podrobnou informaci obsahující údaje, které umožňují identifikaci zdravotnického prostředku (včetně jeho příslušenství), který bude u pacienta implantován, spolu s pokyny týkajícími se bezpečnosti pacienta a jeho chování, včetně toho, kdy má pacient vyhledat lékaře a kterým vlivům prostředí by se neměl vystavovat vůbec nebo jen při dodržování vhodných preventivních opatření.

V Praze, dne.....20..... v.....hod.

Podpis a jmenovka lékaře

Prohlášení a souhlas pacienta/zákonného zástupce pacienta:

Já, níže podepsaný/á, prohlašuji, že jsem byl/a lékařem srozumitelně a v dostatečném rozsahu informován/a o svém zdravotním stavu/o zdravotním stavu osoby mnou zastupované a o veškerých shora uvedených skutečnostech. Údaje a poučení mi byly lékařem sděleny a vysvětleny, porozuměl/a jsem jim a měl/a jsem možnost klást doplňující otázky, které mi byly lékařem srozumitelně zodpovězeny.

Na základě poskytnutých informací a po vlastním zvážení souhlasím s provedením zdravotního výkonu/souhlasím s provedením výkonu u osoby mnou zastupované, případně s použitím uvedené anestezie (sedace), včetně provedení dalších zdravotních výkonů, pokud by jejich neprovedení bezprostředně ohrozilo můj život nebo zdraví/život nebo zdraví osoby mnou zastupované.

Současně také prohlašuji, že jsem lékařem sdělil/a všechny mně známé okolnosti, které by mohly zkomplikovat klidný průběh zdravotního výkonu (zejména užívané léky, alergie a všechna přidružená onemocnění).

Jsem si vědom/a, že tento svůj souhlas mohu kdykoliv odvolat.

Pro zákonného zástupce pacienta:

Jako zákonný zástupce nezletilého pacienta nebo pacienta s omezenou svéprávností prohlašuji, že veškeré shora uvedené informace byly poskytnuty rovněž tomuto pacientovi (za podmínky, je-li k tomu pacient přiměřeně rozumově a volně vyspělý). *Pokud pacientovi nebyly takové informace poskytnuty, uvede se důvod jejich neposkytnutí:*

.....

V Praze, dne.....20..... v.....hod.

Podpis pacienta* /zákonného zástupce

Identifikace zákonného zástupce:

Jméno a příjmení:

Datum narození: Vztah k pacientovi:

* Nezletilému pacientovi lze zdravotní služby poskytnout na základě jeho souhlasu, jestliže je provedení takového úkonu přiměřené jeho rozumové a volní vyspělosti odpovídající jeho věku. U pacienta s omezenou svéprávností se postupuje obdobně, nezohledňuje se však věk pacienta.

Podpisová doložka svědka:

.....
Důvod nepodepsání, nemůže-li se pacient podepsat

.....
Způsob, jakým pacient projevil vůli

.....
Jméno a příjmení svědka

.....
Podpis svědka