

RADIOFREKVENČNÍ ABLACE POD KONTROLOU VÝPOČETNÍ TOMOGRAFIE

 Pacient/ka: Narozen/a:
titul jméno příjmení

Rodné číslo (číslo pojištění): / Kód ZP:

Bydliště:

 Zákonný zástupce: Vztah:
titul jméno příjmení (např. matka, otec, opatrovník aj.)

 Narozen/a: Bydliště:
(liší-li se od bydliště pacienta/ky)

Vážená paní, vážený pane,

na základě zhodnocení Vašeho zdravotního stavu a předchozích vyšetření Vám ošetřující lékař doporučil provedení likvidace nádorových hmot v játrech (event. v jiném orgánu) radiofrekvenční ablací pod kontrolou výpočetní tomografie (CT). Máte právo svobodně se rozhodnout o postupu při poskytování zdravotních služeb Vaší osobě (Vašemu dítěti), pokud jiné právní předpisy toto právo nevylučují. K provedení navrhovaného zdravotního výkonu je potřeba Vašeho souhlasu. Pro usnadnění rozhodnutí Vám chceme podat následující informace.

Důvod provedení výkonu

Rozhodnutí o provedení tohoto výkonu vzniklo na základě konzultace odborníků na podnět vašeho ošetřujícího lékaře. Bylo rozhodnuto, že nevhodnějším léčebným výkonem pro vás je zničení nádorových hmot ve vašem těle pomocí radiofrekvenční ablace pod kontrolou výpočetní tomografie (CT) event. ultrazvuku (USG).

Alternativy (jiné možnosti) výkonu / léčby

Výkon byl pečlivě zvážen odborníky a ve vašem případě se jeví jako výhodnější než jiné možnosti léčby (chirurgická či farmakologická). Bližší informace vám podá váš ošetřující lékař.

Příprava k výkonu

Radiofrekvenční ablace pod kontrolou výpočetní tomografie se provádí za hospitalizace. Před výkonem nesmíte minimálně po dobu 4 hodin jíst, pít ani kouřit. Před výkonem budete vyšetřeni anesteziologem, který vám poskytne podrobnější informace ohledně možnosti znecitlivění a event. částečného či úplného usnutí po dobu výkonu, rovněž vás informuje o tom, zda můžete v den výkonu požit vámi běžně užívané léky či nikoliv. Před výkonem Vám bude zkontrolována krevní srážlivost. Pokud ji máte sniženou, provede Vám ošetřující lékař její úpravu na normální hodnotu.

Vzhledem k předpokládanému podávání jodové kontrastní látky do žíly pro potřebu objasnění polohy ošetřovaného ložiska upozorníte prosím předem, pokud máte prokázanou alergii na kontrastní látky či jod, či pokud jste měl/a někdy v minulosti komplikaci v souvislosti i výpočetní tomografií nebo jinou rentgenovou metodou, kdy byla aplikována jodová kontrastní látka.

Zároveň prosím informujte zdravotnický personál, pokud máte v těle trvalý kardiostimulátor (budík na srdci) či defibrilátor, použití této metody u pacienta s těmito přístroji v těle může být zdrojem závažných komplikací.

Před výkonem je nutné sejmout veškeré šperky a vyjmout snímatelné zubní náhrady. Personál vás informuje o tom jaké části oděvu je možno si ponechat, v ponechaném oděvu nesmí být kovové součásti (výstuže v podprsence, mince v kapse apod).

Vlastní výkon se provádí v analgosedaci, což je částečné celkové znecitlivění podáním znecitlivujících léků do žíly. Zároveň je provedeno i místní znecitlivění v místě vpichu do kůže. Výkonu se zúčastňuje anesteziolog, který v případě potřeby upraví množství znecitlivujících léků.

Postup při výkonu

V úvodu výkonu bude provedeno takzvané plánovací vyšetření, které umožní přesné zaměření místa ošetření. Toto plánování se neliší nijak od běžného vyšetření výpočetní tomografií. V odůvodněných případech se toto plánovací vyšetření provádí po injekci kontrastní látky do žíly na předloktí, či bude doplněno vyšetřením ultrazvukem. Po plánovacím vyšetření Vám bude na těle bezbolestně označeno místo vpichu bioptické jehly. Poté se provede místní znecitlivění.



Po ověření jeho účinnosti zavede radiolog do oblasti ošetřovaných nádorových hmot elektrodu, která vypadá jako dlouhá jehla. Dobu trvání této části výkonu nelze předem přesně stanovit, závisí na řadě faktorů, včetně vaší dobré spolupráce. Po ověření správné polohy elektrody v nádorovém ložisku, bude zahájeno vlastní ošetření.

Obvyklá doba trvání jednoho cyklu ošetření je 12 minut. V případě potřeby může být doba výkonu upravena. Po proběhnutí ošetřovacího cyklu bude provedeno kontrolní vyšetření výpočetní tomografií (v odůvodněných případech s podáním jodové kontrastní látky do žíly) a poté na základě nálezu může lékař rozhodnout o provedení dalšího výkonu či jeho ukončení. Pokud je ošetřováno více nádorových ložisek, bude je nutno elektrodu přesměrovat a bude provedeno více cyklů ošetření. Po ukončení výkonu Vám bude místo vpichu ošetřeno a budete odvezen/a na lůžkové oddělení. Kde budete sledován/a po dobu 48 hodin. V odůvodněných případech může být na základě Vašeho zdravotního stavu po výkonu délka hospitalizace změněna.

Rizika, následky a možné komplikace výkonu

Vzhledem k typu výkonu nutno očekávat bolestivost v místě ošetření a rovněž přechodné zvýšení tělesné teploty a celkovou tělesnou slabost. Tyto příznaky jsou podobné chřipce a jsou způsobeny reakcí organismu na chemické produkty vzniklé rozpadem ošetřované nádorové tkáně. Obvykle tyto potíže netrvají déle než týden. Běžné je malé krvácení v místě vpichu a bolest v místě vpichu po ukončení účinku znecitlivění. Vzácně může dojít k většímu krvácení v místě vpichu či v ošetřovaném orgánu vyžadujícímu další ošetření. U výkonů v blízkosti bránice či v plicích může do pohrudniční dutiny vniknout vzduch, který způsobí takzvaný pneumotorax. Většinou je malý a nevýznamný. V případě, že je větší, musí být odsát hrudním drénem (hadičkou). Tepelná energie v místě výkonu může vzácně poškodit okolní orgány, tato komplikace je málo častá a snažíme se jí předcházet. Úmrtnost v souvislosti s výkonem je prakticky nulová.

Chování po výkonu, možná omezení

Po nezbytně nutnou dobu (obvykle 48 hod.) budete po výkonu z důvodu vyloučení komplikací sledován/a na lůžkovém oddělení. Nezbytné je dodržovat po tuto dobu klidový režim. Pokud by se po Vašem propuštění ze zdravotnického zařízení vyskytly nějaké zdravotní komplikace, vyhledejte neprodleně lékařskou pomoc.

Dovolujeme si Vás informovat, že na poskytování zdravotních služeb v naší nemocnici se mohou podílet osoby získávající způsobilost k výkonu povolání zdravotnického pracovníka nebo jiného odborného pracovníka, a to včetně nahlížení do zdravotnické dokumentace. Přítomnost těchto osob při poskytování zdravotních služeb můžete odmítnout a jejich nahlížení do zdravotnické dokumentace můžete během svého léčení zakázat. Bližší informace Vám na vyžádání poskytne ošetřující lékař.

Dovolujeme si Vás informovat, že na poskytování zdravotních služeb v naší nemocnici se mohou podílet osoby získávající způsobilost k výkonu povolání zdravotnického pracovníka nebo jiného odborného pracovníka, a to včetně nahlížení do zdravotnické dokumentace. Přítomnost těchto osob při poskytování zdravotních služeb můžete odmítnout a jejich nahlížení do zdravotnické dokumentace můžete během svého léčení zakázat. Bližší informace Vám na vyžádání poskytne ošetřující lékař.

PROHLÁŠENÍ PACIENTA/KY (ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE)

Byl/a jsem seznámena s údaji o účelu, povaze, předpokládaném prospěchu, následcích a možných rizicích navrhovaných zdravotních služeb (zdravotního výkonu).

Byl/a jsem seznámen/a s alternativami (jinými možnostmi) navrhovaných zdravotních služeb (zdravotního výkonu), s jejich výhodami a riziky a měl/a jsem možnost si jednu z alternativ zvolit (pokud tato možnost volby existuje a pokud výkon nepodléhá zvláštním právním předpisům).

Byl/a jsem seznámen/a s možnými omezeními v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti po poskytnutí zdravotních služeb (po zdravotním výkonu) a s možnými očekávanými změnami zdravotního stavu a zdravotní způsobilosti.

Byl/a jsem seznámen/a s léčebným režimem, vhodnými preventivními opatřeními a s možnými kontrolními zdravotními výkony.

Byl/a jsem poučen/a o právu svobodně se rozhodnout o postupu při poskytování zdravotních služeb, pokud jiné právní předpisy toto právo nevylučují.

Nezamlčel/a jsem žádné mně známé údaje o zdravotním stavu, které by mohly nepříznivě ovlivnit léčbu či ohrozit mé okolí, zejména rozšířením infekční choroby.

Prohlašuji, že mi byla poskytnuta podrobná informace o implantovaném zdravotnickém prostředku podle zvláštního právního předpisu. (Toto prohlášení se týká pouze pacientů s implantovaným zdravotnickým prostředkem.)



Prohlašuji, že jsem byl/a poučen/a o možnosti odvolání tohoto informovaného souhlasu a beru na vědomí, že případné odvolání souhlasu nebude účinné, pokud již bude započato provádění zdravotního výkonu, jehož přerušeni může způsobit vážné poškození zdraví nebo ohrožení života.

V případě výskytu neočekávaných komplikací vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků nutných k záchraně života nebo zdraví souhlasím, aby byly provedeny veškeré další potřebné a neodkladné výkony nutné k záchraně života nebo zdraví.

Prohlašuji, že jsem mohl/a klást doplňující otázky, na které mi bylo řádně odpovězeno, a že jsem informacím a poučení plně porozuměl/a a souhlasím s poskytnutím navrhovaných zdravotních služeb (zdravotním výkonem).

Informace uvedené v tomto souhlasu s poskytnutím zdravotních služeb týkající se nezletilého pacienta (pacienta s omezenou svéprávností) byly tomuto pacientovi poskytnuty přiměřeně jeho rozumové a volní vyspělosti.

POSOUZENÍ ZPŮSOBILOSTI NEZLETILÉHO PACIENTA NEBO PACIENTA S OMEZENOU SVÉPŘÁVNOSTÍ K VYSLOVENÍ SOUHLASU:

(vyplní lékař/ka poskytující údaje a poučení)

- Pacient/ka **je** rozumově a volně vyspělý/á k vyslovení souhlasu s poskytnutím navrhovaných zdravotních služeb.
- Pacient/ka **není** rozumově a volně vyspělý/á k vyslovení souhlasu s poskytnutím navrhovaných zdravotních služeb.

Prohlášení indikujícího lékaře:

Prohlašuji, že jsem řádně informoval výše uvedeného pacienta (zákonného zástupce) o účelu, povaze a alternativách plánovaného vyšetření způsobem, který byl dle mého soudu pro něj srozumitelný. Dále jsem ověřil kontraindikace vyšetření.

.....
jmenovka (hůlkovým písmem nebo razítkem)

ZOK

podpis

Prohlášení provádějícího lékaře:

Prohlašuji, že jsem řádně informoval výše uvedeného pacienta (zákonného zástupce) o provedení, rizicích a možných komplikacích plánovaného vyšetření způsobem, který byl dle mého soudu pro něj srozumitelný. Dále jsem ověřil kontraindikace lékařského ozáření.

.....
jmenovka (hůlkovým písmem nebo razítkem)

ZOK

podpis

V Plzni dne: v hodin

.....
podpis pacienta/ky (podpis zákonného zástupce)

Vyplňte v případě, že pacient/ka je způsobilý/á k udělení souhlasu, ale nemůže se s ohledem na svůj zdravotní stav podepsat (např. pro úraz horní končetiny):

Současný zdravotní stav pacienta/ky nedovoluje, aby podepsal/a tento souhlas, protože:

Náhradní způsob projevu vůle (souhlasu):

kývnutím hlavy gestem: očima jinak:

Svěddek:
jméno a příjmení podpis (není-li svědek zaměstnancem FN Plzeň, uveďte se adresa a datum narození)

Vyplňte v případě, že pacient/ka (zákonný zástupce) odmítl/a souhlas podepsat:

Pacient/ka (zákonný zástupce) odmítl/a tento souhlas podepsat.

Lékař/ka (zdravotnický pracovník) poskytující údaje a poučení:

.....
jmenovka (hůlkovým písmem nebo razítkem)

ZOK

podpis

Svěddek:
jméno a příjmení podpis (není-li svědek zaměstnancem FN Plzeň, uveďte se adresa a datum narození)