

DETEKCE SENTINELOVÉ UZLINY U MELANOMU

 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,

na základě předchozích vyšetření Vám ošetřující lékař doporučil provedení vyšetření, které vyhledává pomocí malého množství radioaktivní látky spádovou (sentinelovou) mízní uzlinu v okolí pigmentového projevu (melanom) na kůži před operačním výkonem. Tím pomáháme určovat rozsah onemocnění a chirurgického řešení. K provedení výkonu je třeba Vašeho souhlasu. Pro usnadnění rozhodnutí Vám chceme podat následující informace.

Důvod provedení výkonu

Nalezení spádové uzliny a její následné drobnohledné (mikroskopické) vyšetření je důležité pro optimální naplánování rozsahu chirurgického řešení.

Možnosti léčby/řešení zdravotního problému

Spádovou mízní uzlinu je možné také vyhledávat pomocí speciálních barevných chemických látek, někdy se obě metody provádějí společně.

Příprava k výkonu

Před vyšetřením nás, prosím, informujte, zda netrpíte alergií na přípravky obsahující lidský sérový albumin, ženy musí nahlásit těhotenství, podezření na těhotenství, či zda kojí.

Příprava na vlastní vyšetření není nutná.

Postup při výkonu

Vyšetření sentinelové uzliny se provádí den před plánovanou operací nebo v den operace.

Vyšetření se provádí vleže, lékař Vám vpraví malé množství radioaktivní látky (^{99m}Tc-HSA) několika vpichy (obvykle čtyřmi) do kůže v okolí pigmentového projevu pomocí injekční stříkačky s tenkou jehlou, přitom můžete krátkodobě pocítit bolestivost a pálení. Poté budete ležet pod gamakamerou. Zhotovíme obrazové záznamy a budeme sledovat tok mízy, dokud se nezobrazí první mízní uzlina. Za účelem její přesnější identifikace a lokalizace může být vyšetření spojeno s CT (rentgenová výpočetní tomografie) záznamem nízkodávkovou technikou. Průmět uzliny označíme pro Vašeho chirurga fixem na kůži. Délka vyšetření je individuální, ve většině případů dojde k zobrazení uzliny do 2 hod. V případě, že operace je prováděna až druhý den, obvykle kontrolujeme zobrazení uzliny ještě ráno před operací.

Upozornění: na našem pracovišti je instalován kamerový systém, který slouží ke kontrole Vašeho aktuálního stavu. Máme tak možnost rychle zasáhnout i v případech, kdy budete sami a nedokážete si přivolat pomoc.

Rizika a možné komplikace výkonu

Výkon je bez komplikací, alergická reakce se vzhledem k malému množství aplikované látky prakticky nevyskytuje.

Radiační zátěž z tohoto výkonu je pro dospělou osobu srovnatelná se zátěží z běžných radiologických vyšetření a v rámci lékařských ozáření spadá mezi nižší zátěže.

Je ovšem nežádoucí provádět vyšetření u těhotných nebo kojících žen, neboť nelze vyloučit škodlivý účinek i malé dávky radioaktivního záření na plod v děloze matky, a to zejména v první třetině trvání těhotenství. Přenos radioaktivní látky z krevního oběhu kojící matky k dítěti mateřským mlékem je nutno vyloučit dočasným přerušением kojení na doporučenou dobu (min. 12 hodin). Mléko je však nutno odstříkat a vylévat, aby se v kojení mohlo později bez problémů pokračovat.



Ošetřující lékař i lékař na našem oddělení se těmito riziky s Vaší pomocí speciálně zabývají, a pokud je vyšetření možno odložit, pak jeho provedení oddálí.

Chování po výkonu, možná omezení

Radioaktivní prvek ^{99m}Tc emituje (vydává) slabé ionizující záření. Prostorový dosah a doba působení radioaktivity jsou omezeny, její intenzita se velmi rychle snižuje se vzdáleností.

Pro Vaš styk s veřejností a rodinnými příslušníky proto není nutné přijímat žádná konkrétní opatření.

Běžná technická zařízení nijak neovlivňujete.

Po méně než 1 dnu od aplikace se bude ve Vašem organismu nacházet už jen naprosto nepatrné množství radioaktivní látky.

Dovoluujeme 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 přerušování 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.



Pacient/ka:

Rodné číslo:

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:

Svěděk:

.....
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

Svěděk:

.....
jméno a příjmení

.....
podpis (není-li svědek zaměstnancem FN Plzeň, uveďte se adresa a datum narození)