

## DETEKCE SENTINELOVÉ UZLINY U KARCINOMU PRSU

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 před operačním výkonem na prsu. Tím pomáháme určovat rozsah 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 určení rozsahu plánovaného chirurgického výkonu.

### 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 prsu nebo v den operace.

Vyšetření se provádí vleže, lékař Vám vpraví malé množství radioaktivní látky ( $^{99m}\text{Tc-HSA}$ ) do kůže v okolí prsního dvorce 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, většinou dojde k zobrazení uzliny do 2 hodin, v přestávkách mezi snímáním je vhodné, abyste se pokusila průtok mízy urychlit cvičením s odpovídající horní končetinou (opakované upažení a připažení).

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.

**Chování po výkonu, možná omezení**

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

Pro Váš 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.

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

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

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

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

Nezamířel/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/la 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 SVĚPRÁVNOSTÍ 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: .....

Svědék: .....  
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

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