

# DETEKCE SENTINELOVÝCH UZLIN U KARCINOMU PENISU

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)

Vážený pane,

na základě předchozích vyšetření Vám ošetřující lékař doporučil provedení vyšetření, které vyhledává pomocí malého množství radioaktivní látky spádovou (sentinelovou) mízní uzlinu v okolí zhoubného bujení penisu. Tím pomáháme určovat rozsah chirurgického řešení. 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

Nalezení spádové uzliny a její následné drobnohledné (mikroskopické) vyšetření je důležité pro určení rozsahu plánovaného chirurgického výkonu.

## Alternativy (jiné možnosti) výkonu / léčby

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. Příprava na samotné vyšetření není nutná.

## Postup při výkonu

Vyšetření sentinelové uzliny se provádí den před plánovanou operací nebo v den operace. Lékař na Oddělení nukleární medicíny Vám na vyšetřovacím lůžku vpraví malé množství radioaktivní látky ( $^{99m}\text{Tc}$ -HSA) do okolí nádorové tkáně či jizvy po předchozí operaci, což se provádí 2-4 vpichy injekční stříkačkou s tenkou jehlou. V této době můžete krátce pocítit bolestivost a pálení. Těsně po podání radioaktivní látky se provede scintigrafické vyšetření – zobrazení mízních uzlin pomocí gamakamery, která bude umístěna těsně nad oblastí pánve a břicha. Vlastní snímání se provádí vleže a je bezbolestné. Délka vyšetření je individuální, uzlina se většinou zobrazí záhy po podání radioaktivní látky a záznam pak trvá cca 10 min. Někdy je však potřebné provádět záznamy opakovaně až po dobu cca 2 hodin. Jakmile se první spádová mízní uzlina zobrazí, označíme její průmět na kůži fixem.

## Rizika, následky 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  $^{99m}\text{Tc}$  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.



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.

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/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 SVÉPRÁVNOSTÍ 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.

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

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

ZOK

.....  
podpis

V Plzni dne: ..... v ..... hodin

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

**FAKULTNÍ NEMOCNICE PLZEŇ**

Edvarda Beneše 1128/13, 301 00 Plzeň - Bory  
alej Svobody 923/80, 323 00 Plzeň - Lochotín  
IČO 00669806, tel.: 377 401 111, 377 103 111

Pacient/ka: .....

Rodné číslo: .....

**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)

**ZÁZNAM O APLIKACI RADIOFARMAKA (RF)**

Čas aplikace: .....

RF: ..... ml ..... Mbq

Lokalizace: .....  
jmenovka a podpis zaměstnance, který provedl aplikaci