

INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTA S VÝKONEM Scintigrafické vyšetření na oddělení nukleární medicíny - značení sentinelových uzlin před operací prsu

Souhlas pacienta/zákonného zástupce s prováděním vyšetřovacích léčebných výkonů podle § 67b odst. 19 zákona číslo 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění zákona č. 285/2002 Sb. a zákona č. 225/2006 Sb., vyhlášky 64/2007.

Vážená paní,

s přihlédnutím k dosavadním výsledkům vyšetření u Vás provedených je vhodné provést scintigrafické vyšetření značení sentinelových uzlin před operací prsu.

Tímto vyšetřením vám před operací prsu označíme uzliny, které bude operátor během operace odstraňovat.

Nejdříve vám aplikujeme několika vpichy do kůže v okolí dvorce nemocného prsu speciální radiofarmakum, které se dostává lymfatickými cestami do uzlin (podávaná injekce radiofarmaka je připravena speciálně je pro vás jen pro tento typ vyšetření). Přibližně za 2 hod. zhotovíme obrázek označených uzlin na gama kameře, a to v několika projekcích.

Současně označíme projekci zobrazené uzliny či uzlin na kůži. Tyto značky se nesmývají, zůstávají na kůži do operace.

Výsledek našeho vyšetření sdělíme písemně na chirurgické oddělení.

Bližší informace o operaci vám sdělí váš chirurg.

Pokud se dodrží Standardní operační postupy, nemá vyšetření žádné vedlejší účinky, alergickou reakci jsme dosud neznamenali, ale nelze ji zcela jednoznačně vyloučit.

Scintigrafická vyšetření mají nízké radiační riziko, aplikované aktivity nepřevyšují diagnostické referenční úrovně dané platnou vyhláškou SÚJB (Státní ústav jaderné bezpečnosti).

Scintigrafické vyšetření, které Vám dnes provádíme, nemá na tomto pracovišti jinou alternativu.

Po scintigrafickém vyšetření není omezení v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti.

Na základě výsledků vyšetření v některých případech doporučujeme vyšetření kontrolní, které v doporučeném časovém odstupu musí objednat opět jen váš ošetřující lékař.

Souhlas nemocného s výkonem:

Prohlašuji, že jsem byl lékařem úplně a srozumitelně poučen o povaze svého onemocnění a plánovaném výkonu. Byl jsem poučen i o alternativách léčby a možných důsledcích v případě neprovedení tohoto výkonu. Během poučení jsem měl možnost klást lékaři doplňující otázky, a pokud tomu tak bylo, byly mi úplně a srozumitelně zodpovězeny. Jsem si vědom všech rizik i komplikací spojených s tímto výkonem. Poučení jsem rozuměl a s výkonem souhlasím.

Jméno a příjmení pacienta:.....

Rodné číslo pacienta:.....

V Jihlavě dne: **Podpis pacienta:**.....

Podpis lékaře:.....