**VŠEOBECNÁ FAKULTNÍ NEMOCNICE V PRAZE**
U Nemocnice 499/2, 128 08 Praha 2 | IČ: 00064165, tel.: 224 961 111



# INFORMOVANÝ SOUHLAS

| | |
|---|---|
| **Jméno a příjmení:** | **r. č.:** |
| Zákonný zástupce pacienta (jméno, příjmení): | |

**Označení zdravotního výkonu (popřípadě několika výkonů):**

**ABLACE (SKLEROTIZACE) CYSTOIDU ŠTÍTNÉ ŽLÁZY ALKOHOLEM POD KONTROLOU ULTRAZVUKU**

**Účel, povaha, předpokládaný prospěch, následky a možná rizika zdravotního výkonu:**

Vyšetření se provádí za účelem zmenšení objemu cystoidu (dutiny) ve štítné žláze a spočívá v odstání tekutého obsahu s následnou aplikací 95-99 % ethanolu, který se v dutině ponechá nebo se následně odsaje.

Nejčastější komplikací výkonu je podle literárních údajů bolest na krku v místě dutiny a jejího okolí během výkonu a po výkonu (asi u 30 % pacientů). Vzácně (u méně než 1 % pacientů) může při úniku/difúzi alkoholu do okolí dojít k poškození zvratného nervu, což je spojeno s chrapotem, tato porucha je většinou dočastná.

Vzácnou komplikací je zmnožení vaziva v okolí štítné žlázy a v kůži v místě vpichu.

Další možnou komplikací je pokles krevního tlaku až s možnou ztrátou vědomí po posazení/postavení bezprostředně po výkonu z důvodu nervového podráždění a zpomalení srdeční činnosti (tzv. vazovagální synkopa).

**Jiné možnosti, jejich vhodnost, přínosy a rizika:**

Alternativou tohoto zákroku je operační odstranění cystoidu s celým jedním lalokem štítné žlázy.

**Zdravotní výkon bude probíhat takto:**

V poloze vleže na zádech se zakloněnou hlavou vyšetřující lékař provede orientační ultrazvuk štítné žlázy a pak po dezinfekci kůže za sterilních podmínek provede tenkou jehlou (tenčí nebo stejně tenkou, jaká se používá ke krevnímu odběru) vpich do cystoidu (dutiny), odsaje obsah a pak stejným nebo dalším vpichem aplikuje 95-99 % ethanol v množství 20-50 % odstátého obsahu.

Ten se v dutině buď ponechá (u menších cystoidů) a dojde k jeho částečnému vstřebání, nebo se následně s odstupem 10-45 minut dalším vpichem odsaje (u větších cystoidů).

Aby byl efekt dostatečný, musí se někdy zákrok provádět opakovaně i několikrát, v odstupu několika týdnů či měsíců.

**Omezení a doporučení ve způsobu života s ohledem na zdravotní stav a případné změny zdravotní způsobilosti po provedení uvedeného zdravotního výkonu:**

Bezprostředně po výkonu je nutné vyčkat nejméně 15 minut vsedě v čekárně. Teprve potom a za předpokladu, že se cítíte v pořádku, můžete opustit zdravotnické zařízení.

V den výkonu je zakázáno sportovat, vykonávat fyzicky náročnou práci a zvedat těžká břemena. V případě, že se objeví bolesti na krku, modřina na krku či jakékoliv jiné obtíže, je nutné bezodkladně vyhledat lékařskou pomoc (včetně rychlé zdravotnické pomoci).

**Další potřebná léčba:**

Bez ohledu na výsledek tohoto vyšetření Vám ošetřující lékař může doporučit operaci štítné žlázy nebo léčbu tabletami s levotyroxinem.

# INFORMOVANÝ SOUHLAS

| **Jméno a příjmení:** | **r. č.:** |
|---|---|

**Prohlašuji, že lékař, který mi poskytl poučení, mi osobně vysvětlil vše, co je obsahem tohoto písemného informovaného souhlasu a měl/a jsem možnost klást mu otázky, na které mi řádně odpověděl. Prohlašuji, že jsem shora uvedenému poučení a informacím plně porozuměl/a a výslovně souhlasím s provedením tohoto zdravotního výkonu:**

V případě, že pacient je **nezletilý/á nebo s omezenou svéprávností** a je přiměřeně rozumově a volně vyspělý/á:

**Prohlašuji, že jsem byl/a poučen/a v rozsahu, který je uveden výše.**

Pokud pacientovi nebyly takové údaje poskytnuty, uvede se důvod jejich neposkytnutí:

V Praze dne

.....  .....

podpis pacienta / zákonného zástupce  jméno, příjmení a podpis lékaře

.....

podpis nezletilého pacienta / pacienta s omezenou svéprávností

**Pokud pacient / zákonný zástupce se nemůže s ohledem na svůj zdravotní stav podepsat**:

Důvod, pro něž pacient / zákonný zástupce není schopen/a se podepsat:

Způsob, jak pacient / zákonný zástupce projevil/a svou vůli:

.....

jméno, příjmení a podpis svědka