

**INFORMOVANÝ SOUHLAS**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |               |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| <b>Jméno a příjmení:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <b>r. č.:</b> |
| Zákonný zástupce pacienta (jméno, příjmení):                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |               |
| <b>Označení zdravotního výkonu (popřípadě několika výkonů):</b><br><b>RADIOFREKVENČNÍ ABLACE PATOLOGICKÉ TKÁNĚ - RFA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |               |
| <b>Účel, povaha, předpokládaný prospěch, následky a možná rizika zdravotního výkonu:</b><br>Účelem výkonu je zničit patologickou tkáň. Ke zničení tkáně dochází působením tepla, vysílaného z elektrody. V některých případech se může toto zničení i vyrovnat chirurgickému odstranění, ovšem většinou je součástí léčby.<br>S výkonem se pojí zátěž dávkou rentgenového (ionizujícího) záření, která představuje pouze minimální riziko v porovnání s přínosem diagnostické informace z provedeného vyšetření. Postupy vyšetření jsou nastaveny tak, aby dávka ionizujícího záření byla při dosažení dostatečné diagnostické výtěžnosti co možná nejnižší. Radiační zátěž z vyšetření se tak pohybuje jen v oblasti velmi nízkých dávek.<br>Těhotenství je relativní kontraindikací provedení výkonu, a proto je nutné o případném těhotenství informovat lékaře poskytujícího toto poučení.<br>Vyšetření může být provázeno i <u>komplikacemi</u> , nejčastější je bolest, která většinou ustane během hodin, někdy může trvat i více dnů. K dalším komplikacím patří krvácení, zánět a poškození okolních orgánů. To lze ovlivnit jen minimálně a naše zdravotnické zařízení je připraveno tyto komplikace léčit. |               |
| <b>Jiné možnosti, jejich vhodnost, přínosy a rizika:</b><br>Výkon má několik rovnocenných alternativ, ale všechny jsou si podobné, jen se liší použité vlnění - laserová nebo mikrovlnná ablace.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |               |
| <b>Zdravotní výkon bude probíhat takto:</b><br>Po CT vyšetření dostanete nitrožilně léky, které způsobí analgosedaci, tedy stav někde na pomezí vědomí a celkové narkózy. To bude provádět anesteziolog. Poté bude do cílové tkáně pod CT kontrolou zavedena přes kůži elektroda a provedena vlastní ablace. Celý výkon může trvat od 30 do 90 minut.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |               |
| <b>Omezení a doporučení ve způsobu života s ohledem na zdravotní stav a případné změny zdravotní způsobilosti po provedení uvedeného zdravotního výkonu:</b><br>Budete hospitalizován/a přes noc a druhý den ráno, pokud nenastanou komplikace, budete moci odejít domů.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |               |
| <b>Další potřebná léčba:</b><br>Není potřebná, pouze v případě komplikací.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |               |



## INFORMOVANÝ SOUHLAS

**Jméno a příjmení:**

**r. č.:**

**Poznámka:**

Ženy v reprodukčním věku svým níže uvedeným podpisem vylučují graviditu.

**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

verze číslo:

platnost od:

tisk: