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):

ZAVEDENÍ ZLATÝCH MARKERŮ (FIDUCIÁLNÍCH MARKERŮ - ORIENTAČNÍCH ZNAČEK) DO PROSTATY PŘES KONEČNÍK PŘED RADIOTERAPIÍ PROSTATY

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

Účelem tohoto zdravotního výkonu je zavedení zlatých markerů (fiduciálních markerů - kovových orientačních značek) do prostaty přes konečník pod ultrazvukovou kontrolou. Tyto markery slouží k přesnému zaměření prostaty při plánování a provádění ozařování (radioterapie) zhoubného nádoru prostaty.

Přesná lokalizace prostaty během radioterapie umožňuje zvýšit přesnost ozáření cílové oblasti, snížit ozáření okolních zdravých tkání (zejména močového měchýře a konečníku) a tím snížit riziko nežádoucích účinků léčby.

Výkon má následující rizika:

- Při výkonu můžete vnímat různě výrazný stupeň bolesti.
- Vznik pocitu na omdlení.
- Po výkonu obvykle mírné krvácení z konečníku nebo krev na stolici.
- Přechodná příměs krve v moči.
- Přechodná příměs krve ve spermatu.
- Vznik infekce močových cest a/nebo infekce prostaty.
- Vzácně rozvoj těžké celkové a život ohrožující infekce (sepse).
- Úplná zástava močení (retence moče).
- Výjimečně může dojít k posunu markeru nebo jeho neoplimálnímu uložení, což může vyžadovat opakování výkonu.

Jiné možnosti, jejich vhodnost, přínosy a rizika:

Alternativou je radioterapie bez zavedení těchto značek, pokud to technické možnosti radioterapeutického pracoviště umožňují. Tato alternativa však může být méně přesná při zaměření cílové oblasti.

Zdravotní výkon bude probíhat takto:

Výkon se obvykle provádí v poloze na boku. Do konečníku se zavede ultrazvuková sonda, která zobrazí prostatu. Přes tuto sondu se speciální jehlou zavedou obvykle tři zlaté markery do různých částí prostaty. Výkon se provádí za sterilních podmínek, obvykle v místním znecitlivění.

Před a po výkonu jsou vždy podávána antibiotika ke snížení rizika infekce. Po výkonu je pacient krátce sledován a při nekomplikovaném průběhu odchází domů.

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

Na 2-3 dny je vhodné neprovádět těžší fyzickou námahu (včetně sportu nebo práce na zahradě). Je doporučeno zvýšit příjem tekutin. Pracovní neschopnost obvykle není nutná.

Při výskytu horečky, zimnice, silného krvácení, nemožnosti močení nebo výrazného zhoršení zdravotního stavu je nutné ihned kontaktovat lékaře.

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno a příjmení:	**r. č.:**

Další potřebná léčba:

Je nutno dožívat předepsaná antibiotika podle rozpisu od lékaře. Následně pacient pokračuje v plánované radioterapii dle doporučení ošetřujícího lékaře.

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