

INFORMOVANÝ SOUHLAS

BIOPSIE PROSTATY POD ENDOSONOGRAFICKOU KONTROLOU

Vážená paní, vážený pane,

na základě klinického vyšetření zdravotního stavu Vám doporučil ošetřující lékař provedení **biopsie prostaty pod endosonografickou kontrolou**. Podle právních předpisů Vám předkládáme písemnou formu tzv. informovaného souhlasu platnou v našem zdravotnickém zařízení. Jeho podpisem dáváte najevo, že s provedením vyšetření u Vás souhlasíte. Dokument zároveň obsahuje nejdůležitější informace k potřebné přípravě k výkonu, jeho kontraindikacím, průběhu, rizikům a možným důsledkům. **Informace o důvodu provedení výkonu a jeho alternativ (jiné možnosti) Vám poskytl indikující lékař, který Vám doporučil jeho provedení.**

Příprava k výkonu

Před plánovaným vyšetřením je nutno se vyprázdnit, nejlépe za pomoci speciálního roztoku (recept na tento přípravek obdržíte u indikujícího lékaře nebo lékaře praktického a přípravek si vyzvednete v lékárně). **Od půlnoci před výkonem nejezte.** Na našem pracovišti je vyžadována profylaxe (ochrana) antibiotiky těsně před výkonem a po něm, antibiotikem Vás vybaví indikující lékař, který také rozhodne o dále aplikace a dávkování antibiotika. Jeho pokynům věnujte zvýšenou pozornost, mají zásadní význam pro bezpečnost výkonu. Personál Vás před vyšetřením poučí, které části oděvu musíte sejmout, a poskytne Vám provizorní pokrývku těla. Těsně před výkonem je vhodné se vymočit. Je nutné užít medikaci na léčbu vysokého tlaku, srdečních onemocnění, astmatu (sprej na léčbu astmatu si vezměte s sebou). Lékaře provádějícího výkon upozorněte před vyšetřením na **alergii** (bude Vám podáváno lokální anestetikum). Pokud je Vám známa **porucha srážlivosti krve** či **užíváte-li léky proti srážení krve**, je nutno zajistit v součinnosti s Vaším ošetřujícím lékařem v náležitém předstihu před výkonem úpravu srážlivosti krve a čerstvé laboratorní výsledky donést k samotnému výkonu (nesmí být starší 3 dnů). V případě **virového onemocnění jater a nemoci AIDS**, prosím, informujte ošetřující personál.

Průběh výkonu

Biopsie a odběr tkáně z prostaty, které jsou naváděny endosonografií mají v naprosté většině případů za úkol jednoznačně potvrdit podezření na přítomnost rakoviny z předchozích vyšetření nebo se pokusit odběrem

z nejčastěji postižených oblastí prostaty diagnostikovat rakovinu neprokazatelnou zobrazovacími metodami. V tomto případě se provádí odběry vzorků podle obecně uznávaného schématu a endosonografie slouží jen k navedení jehly do příslušných částí žlázy. Odběry se u nás v naprosté většině případů provádějí vleže na levém boku za pomoci speciální ultrazvukové sondy z dobře vyprázdněného konečníku a po přípravě pacienta podáním antibiotik. Většinou se řídíme obrazy jiné zobrazovací metody, především magnetické rezonance, kterou jste před naším výkonem absolvoval. V úvodu výkonu provádíme místní znecitlivění prostaty a jejího okolí. Počet odebraných vzorků je různý podle konkrétní situace a velikosti prostaty, většinou na našem pracovišti jde o 12 vzorků. Velikost vzorku bývá 1,5 až 2,5 x 15 až 20 mm. Jsou odeslány do histopatologické laboratoře a vyšetřeny pod mikroskopem. Většinou je znám výsledek do 1 týdne a sdělí Vám jej indikující lékař. Vyšetření obvykle trvá 30 minut.

Rizika, následky a možné komplikace výkonu

Metoda není zcela bez rizik. Úmrtí v souvislosti s výkonem je extrémně vzácné. Možné komplikace mohou být při zavádění sondy i vlastní biopsii, ale jsou velmi řídké. Jedná se především o krvácení z konečníku, které bývá obvykle nevýznamné a spontánně do několika hodin odezní. Může být také pozorována přechodně krev v močových cestách. Mírná tlaková bolest i několik hodin po výkonu není neobvyklá. Přechodně se může objevit krev ve spermatu. Vážnější komplikace jsou velmi řídké, ale mohou si vyžádat hospitalizaci, krevní převody nebo i operační výkon. Patří k nim **větší a dlouhodobé krvácení z konečníku či močových cest, infekce provázená teplotami či třesavkou. Krvácení i infekce bývá spojena s bolestmi v pánvi nebo na hrázi.** Tyto projevy mohou nastat opožděně a musejí Vás přivést neprodleně k lékaři, neváhejte využít návštěvy nemocničního zařízení nebo volat RZP!!!

Radiodiagnostické oddělení**Chování po výkonu, možná omezení**

Po vyšetření je třeba užívat antibiotika podle předpisu indikujícího lékaře. V den výkonu je nutno se vyhnout námaze a raději dodržovat klidový režim. V případě přetrvávajícího silnějšího krvácení z konečníku nebo močové roury, bolesti nebo teploty vyhledejte indikujícího postupujte podle výše uvedeného. Stran opětovného nasazení medikace, kterou jste vysadili před výkonem je poraďte s ošetřujícím lékařem.

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 mé osobě, pokud jiné právní předpisy toto právo nevyklučují.
- ✓ Nezamlčel/a jsem žádné mně známé údaje o mém zdravotním stavu, které by mohly nepříznivě ovlivnit moji léčbu, či ohrozit mé okolí, zejména rozšířením infekční choroby.
- ✓ Souhlasím s nezbytným použitím omezovacích prostředků, jejichž účelem je odvrácení bezprostředního ohrožení života, zdraví nebo bezpečnosti mé osoby v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb (prováděním zdravotního výkonu).
- ✓ 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).**

V Plzni dne: v hod.

Pacient/ka: **rodné číslo**

Zákonný zástupce: příbuzenský vztah

Podpis pacienta/pacientky:Lékař provádějící poučení
jmenovka, podpis

V případě, že pacient/ka s ohledem na svůj zdravotní stav není schopen/schopna informovaný

souhlas podepsat, z důvodu:

Způsob projevu souhlasu:
(kývnutí hlavy, gestem, očima, jiný způsob).....
podpis zákonného zástupce nebo svědka