

## INFORMOVANÝ SOUHLAS S PROVEDENÍM TERMOABLACE DĚLOŽNÍHO MYOMU POMOCÍ MR NAVIGOVANÉHO FOKUSOVANÉHO ULTRAZVUKU

Jméno pacienta: .....

Rodné číslo: .....

štítek

### Definice:

Termoablace děložního myomu (nádoru ze svalové tkáně) pomocí MR navigovaného fokusovaného ultrazvuku (MRgFUS) je neinvazivní operační zákrok, jehož podstatou je cílené zahřátí tkáně myomu na teplotu 60 - 90° po zacílení myomu na magnetické rezonanci.

### Cíl a důvod výkonu:

Cílem termoablace je nevratné poškození tkáně myomu jeho zahřátím. Po zákroku dochází postupně během několika měsíců ke smrštění tkáně myomu a jeho fibrotické (vazovité) přestavbě s definitivním zmenšením myomu o 30 - 50%. Jednou z výhod této metody je i naděje ženy na otěhotnění.

Termoablace pomocí MRgFUS představuje alternativu k léčbě chirurgické (tj. Myomektomie – odstranění myomu, hysterektomie – odstranění dělohy a k embolizaci děložních tepen).

### Alternativa:

Chirurgické – odstranění myomu nebo dělohy, intraarteriální embolizace (nitrotepenní zastavení krávení) děložních tepen.

**Anestezie:** analgosedace (podání uklidňujících léků a léků proti bolesti)

### Postup při výkonu/ příprava:

Před výkonem Vám bude zaveden permanentní močový katétr (hadička do močového měchýře) a nitrožilní kanyl (jehla s hadičkou do žíly). Samotný výkon provádí specialista – radiolog MR FUS centra v Thomayerově nemocnici. Po celou dobu výkonu je přítomen anesteziolog. Na výkon i zpátky na oddělení, budete převezena sanitním vozem. Předpokládaná délka výkonu je 3 - 5 hodin, v závislosti na velikosti myomu. Hospitalizace trvá 1 - 2 dny na Gynekologicko-porodnickém oddělení TN.

### Průběh po výkonu:

Po výkonu se v některých případech mohou objevit bolesti břicha, křeče, bolest nohou nebo zad (mírné bolesti břicha mohou přetrvávat 1 - 2 týdny), nevolnost, subfebrilie (zvýšená teplota) (1 - 2 dny), poševní výtok nebo špinění (event. krvácení menší než menstruační do 1 týdne po zákroku), mírný průjem, nízký krevní tlak a mdloby během výkonu a krátce po něm.

### Komplikace:

Komplikace jsou velmi vzácné, mezi možná rizika výkonu patří: alergie na kontrastní látky nebo uklidňující léky, (ve vzácných případech může vést k oběhovému selhání, v krajním případě i k úmrtí), popálení kůže a podkoží, zánět dělohy, tepelné poškození děložní sliznice, tepelné poškození okolních orgánů

### Rizika:

Nedostatečné spálení myomu z různých důvodů (např. méně příznivá poloha, změna polohy střevních kliček během zákroku, nepříznivá struktura myomu, atd.) může vést k nutnosti zákrok opakovat, případně myom či dělohu odstranit chirurgicky.

**Datum:** .....

**Jméno lékaře:** ..... **Podpis lékaře:** .....

---

**PACIENTKA:**

1. Přečtete si laskavě pozorně text tohoto souhlasu.
2. Pokud jste plně nerozuměli lékařovu vysvětlení, nebo pokud potřebujete doplňující informace, neváhejte se lékaře znovu zeptat.
3. Pokud souhlasíte s textem prohlášení, podepište jej.

**Já, pacientka prohlašuji, že jsem byla lékařem srozumitelně a včas informována o povaze lékařského výkonu / postupu uvedeného výše, byla jsem též informována o možných rizicích tohoto výkonu. Měla jsem možnost klást lékaři doplňující dotazy, a pokud tomu tak bylo, veškeré mé dotazy byly zodpovězeny. Své rozhodnutí činím po pečlivé úvaze a po posouzení všech rozhodujících skutečností.**

**Na základě tohoto poučení prohlašuji, že souhlasím:**

- s uvedeným léčebným postupem
- s tím, že může být proveden jakýkoliv další související výkon, pokud by jeho neprovedení bezprostředně ohrozilo můj zdravotní a vzhledem ke konkrétní situaci nebude možno získat můj aktuální souhlas

**Jsem srozuměna s tím, že:**

- uvedený léčebný postup nemusí být proveden lékařem, který mne dosud ošetřoval
- souhlas se pokládá za informovaný také v případě, že se podle § 32 odst. 1 zákona č. 372/2011 Sb. podání informace vzdávám

**Souhlasím s poskytnutím informací:**

ano  ne

**Datum:** ..... **Podpis pacientky:** .....

**Jméno a podpis zákonného zástupce (1):** .....

**Jméno a podpis zákonného zástupce (2):** .....

**Jméno a podpis pacientkou určené osoby při přijetí v Informovaném souhlasu s hospitalizací**

**POKUD SOUHLAS NELZE PACIENTEM PODEPSAT, VYPLŇTE DLE SITUACE VARIANTU A) NEBO B):**

a) **Jméno svědka (zdravotnický pracovník):** .....

**Podpis:** .....

**Datum:** .....

b) **Jméno svědka:** ..... **Rodné číslo:** .....

**Adresa bydliště:** ..... **Číslo OP:** .....

**Datum:** .....