

**INFORMOVANÝ SOUHLAS S PROVEDENÍM
TERMOABLACE KOSTNÍ METASTÁZY POMOCÍ
MR NAVIGOVANÉHO FOKUSOVANÉHO
ULTRAZVUKU**

Jméno pacienta:

Rodné číslo:

štítek

Definice: Termoablace kostní metastázy (druhotného ložiska nádoru) pomocí MR navigovaného fokusovaného ultrazvuku (MRgFUS) je neinvazivní operační zákrok, jehož podstatou je cílené zahřátí tkáně na teplotu 60 - 90° po zacílení metastázy na magnetické rezonanci.

Cíl a důvod výkonu: Paliativní ošetření kostní metastázy s analgetickým efektem.

Alternativy k výkonu: Radioterapie – ozáření metastázy.

Anestezie: celková

Příprava před výkonem: Bez speciální přípravy, dle pokynů anesteziologa.

Průběh a péče po výkonu: Během zákroku bude provedeno analgetické ozáření okostice v blízkosti metastázy, při kterém dojde ke spálení okostice na povrchu kosti. Běžným průvodním jevem je edém (otok) v oblasti periostu (vazivový obal kryjící povrch kostí) a přilehlých měkkých tkání. Po zákroku může cca týden přetrvávat bolestivost v místě ozářeného ložiska, zpravidla menší, než bolesti před zákrokem.

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, tepelné poškození okolních orgánů

Datum:

Jméno lékaře: **Podpis lékaře:**

PACIENT / ZÁKONNÝ ZÁSTUPCE:

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, pacient / zákonný zástupce prohlašuji, že jsem byl/a lékařem srozumitelně a včas informován/a o povaze lékařského výkonu / lékařského postupu uvedeného výše, byl jsem též informován/a o možných rizicích tohoto výkonu. Měl/a 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 stav / zdravotní stav opatrované osoby a vzhledem ke konkrétní situaci nebude možno získat můj aktuální souhlas.

Jsem srozuměn/a 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 pacienta:**

Jméno a podpis zákonného zástupce (1):

Jméno a podpis zákonného zástupce (2):

Jméno a podpis pacientem 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: