

Co je screeningové vyšetření děložního hrdla?

Toto screeningové vyšetření se zaměřuje na zdraví děložního hrdla. Děložní hrdlo je název otvoru spojujícího dělohu s vaginou. Screeningové vyšetření děložního hrdla je jeden z nejlepších způsobů ochrany před rakovinou děložního hrdla.

Nejedná se o test na rakovinu. Jde o test, který může pomoci **předejít** vzniku karcinomu.

Jde o jeden z nejlepších způsobů, jak se chránit před rakovinou děložního hrdla. Proto screeningové vyšetření neodkládejte, pokud nastal čas, kdy má být provedeno.

Co je HPV screeningový test děložního hrdla?

Jedná se o **nový** způsob provádění screeningu karcinomu děložního hrdla. Nazývá se screeningový HPV test a v Irsku se provádí od roku 2020. Tento typ screeningového testu byl již zaveden v Austrálii, Nizozemsku, Anglii a Walesu. Screeningový vzorek z děložního hrdla je nejprve testován na přítomnost lidského papilomaviru (HPV), viru, který může způsobit rakovinu děložního hrdla.

Pokud je zjištěna přítomnost HPV, je na stejném zkušebním vzorku provedena kontrola, zda buňky děložního hrdla nevykazují abnormální (předrakovinné) změny.

Tento způsob screeningu:

- představuje lepší způsob screeningu děložního hrdla,
- dokáže předcházet většímu počtu případů rakoviny,
- znamená, že u některých žen stačí menší počet testů.

Pokud jste již někdy absolvovala stěrový test, nebude pro vás tento screeningový test pocitově nic nového.

Jak se provádí screeningový HPV test děložního hrdla?

Screeningový test obvykle trvá asi 5 minut.

1. Budete vyzvána, abyste se od pasu dolů svlékla a lehla si na lůžko.
2. Můžete ležet na boku nebo na zádech, záleží na tom, co je pro vás pohodlnější.
3. Lékař nebo sestra vám opatrně zavedou do vaginy nástroj jménem spekulum. Jeho účelem je přidržit stěny vaginy roztažené, aby bylo vidět na děložní hrdlo.
4. Vzorek buněk z děložního hrdla se odebere šetrným způsobem pomocí malého měkkého kartáčku.

Některé ženy označují tento postup za nepohodlný nebo nepříjemný, ale pro většinou žen není bolestivý. Pokud pro vás test bude bolestivý, řekněte to lékaři nebo sestře, možná budou moci míru nepohodlí snížit.

Jaké výhody screening děložního hrdla přináší?

Pravidelný HPV screeningový test děložního hrdla:

- zachraňuje životy, dokáže zjistit HPV, ještě než virus způsobí vznik abnormálních buněk v oblasti děložního hrdla,
- dokáže zjistit abnormální změny buněk, ještě než se vyvinou příznaky rakoviny,

- dokáže zjistit abnormální změny buněk ve fázi, kdy je snazší je léčit.

Včasně odhalení viru HPV a abnormálních buněk představuje nejlepší způsob prevence vývoje rakoviny děložního hrdla.

Z tohoto důvodu je pravidelné absolvování screeningového vyšetření tak důležité.

Jaká omezení má screening děložního hrdla?

Hlavní omezení screeningu děložního hrdla jsou:

- screening děložního hrdla nedokáže předejít všem případům rakoviny děložního hrdla,
- u některých žen se stále může vyvinout rakovina děložního hrdla navzdory pravidelně absolvovaným screeningovým vyšetřením,
- některé abnormální změny buněk mohou zůstat nezjištěny, protože screening nedokáže postihnout všechny abnormální změny buněk,
- výsledky testu někdy nejsou přesné.

Co se stane s mým vzorkem?

Vzorek bude odeslán do laboratoře splňující kvalitativní požadavky. V laboratoři bude vzorek testován na infekci virem HPV. Pokud bude zjištěna aktivní infekce virem HPV, dva experti budou ve vzorku hledat buňky s abnormálními změnami. Pokud zjistí jakékoli změny, bude třeba provést kontrolní test formou tzv. kolposkopie. Jako kolposkopie se označuje podrobnější vyšetření děložního hrdla.

Proč nejsou zaznamenány všechny abnormální změny buněk?

Vzorek se nejprve testuje na přítomnost viru HPV. Pokud je zjištěn virus HPV, je na tomtež vzorku provedena kontrola abnormálních buněk.

Virus HPV však není zaznamenán při screeningovém vyšetření u všech žen, u nichž se vyvine rakovina děložního hrdla.

Negativní test na HPV – tedy test, kdy není zjištěna přítomnost viru HPV – také neznamená, že nemůžete infekci dostat v budoucnosti.

Abnormální změny buněk nejsou někdy zaznamenány také z dalších důvodů:

- někdy se změněné buňky podobají normálním buňkám,
- ve vzorku může být velmi malý počet abnormálních buněk,
- osoba vyhodnocující váš vzorek může některé abnormální buňky přehlédnout (to se může občas stát každému, bez ohledu na to, jaké zkušenosti má).

Žádný test v žádném screeningovém programu není schopen odhalit všechny osoby s abnormálními buňkami v oblasti děložního hrdla.

Trvá mnoho let, než se rakovina děložního hrdla vyvine. Ve většině případů přechod z normálního stavu přes abnormální buňky až k rakovině trvá 10 až 15 let.

Právě z tohoto důvodu je důležité vždy jít na screeningový test v doporučenou dobu.

Jak se dozvím výsledky vyšetření?

Výsledky vám budou zaslány poštou, obvykle do 4 týdnů od vyšetření. Budou též zaslány vašem praktickému lékaři nebo na kliniku.

Co mé výsledky znamenají?

Mohou vám být oznámeny čtyři různé možné výsledky.

1. Virus HPV nebyl zjištěn

Vaše výsledky dokládají, že v současné době netrpíte infekcí viru HPV. Příští screeningové vyšetření byste měla absolvovat za 3 nebo 5 let, záleží na vašem věku.

2. Virus HPV byl zjištěn, ale nebyly nalezeny žádné abnormální změny buněk

Vaše výsledky dokládají přítomnost infekce virem HPV, ale nebyly pozorovány žádné abnormální změny buněk. Měla byste absolvovat opakované vyšetření za 12 měsíců. Vaše tělo získá čas na to, aby se zbavilo infekce virem HPV.

3. Virus HPV byl zjištěn a současně byly nalezeny abnormální změny buněk

Vaše výsledky dokládají přítomnost infekce virem HPV a současně byly pozorovány abnormální změny buněk v oblasti děložního hrdla. Je třeba, abyste absolvovala další vyšetření, tzv. kolposkopii, neboli podrobnější vyšetření děložního hrdla. Toto vyšetření se podobá screeningovému vyšetření děložního hrdla.

4. Nedostatečný vzorek

Tento výsledek znamená, že laboratoři se váš vzorek ze screeningového vyšetření nepodařilo zpracovat. Budete vyzvána k opakování screeningového vyšetření děložního hrdla za tři měsíce.

Poskytnutí souhlasu

Před každým screeningovým vyšetřením děložního hrdla vás požádáme o poskytnutí souhlasu podepsáním příslušného formuláře. Pokud nemůžete formulář podepsat, požádáme vás o ústní souhlas nebo o vyznačení souhlasu na formuláři jiným způsobem (před lékařem nebo sestrou).

Tímto souhlasem potvrzujete:

- že jste byla informována o screeningovém vyšetření děložního hrdla a jeho přínosech a omezeních,
- že jste těmito informacím porozuměla,
- že jste si zkontrolovala správnost jména, adresy a dalších údajů (to nám pomůže k ověření, že máme vaši aktuální adresu, kterou použijeme ke komunikaci),
- že povolujete, abychom získali, uchovávali a vyměňovali si vaše osobní údaje a historii screeningových vyšetření s osobami, které realizují program screeningových HPV testů děložního hrdla.

Pamatujte: S účastí v programu můžete vyjádřit souhlas pouze vy sama. Souhlas musíte poskytnout před screeningovým vyšetřením. Souhlas můžete kdykoli odvolat. Stačí nás kontaktovat na bezplatné telefonní lince **1800 45 45 55** nebo poslat e-mail na adresu info@cervicalcheck.ie

To by znamenalo, že bychom vás v budoucnosti v souvislosti s programem screeningových vyšetření děložního hrdla již nekontaktovali.

Jak vaše osobní údaje využíváme?

Organizace CervicalCheck získává a bezpečně uchovává vaše osobní údaje (jméno, adresu, telefonní číslo, datum narození, kód PPSN, rodné příjmení a rodné jméno matky) a historii vašich screeningových vyšetření děložního hrdla. Historie screeningových vyšetření děložního hrdla se týká vaší účasti v programu CervicalCheck.

Může zahrnovat výsledky screeningových HPV testů děložního hrdla, kolposkopie, léčby a biopsií (zkušebních vzorků).

Vaše údaje využíváme k tomu, abychom vás kontaktovali, když je na čase absolvovat další vyšetření, případně když vám zasíláme vaše výsledky. Také si vyměňujeme vaše údaje s dalšími zdravotnickými službami, které program realizují. Sem patří lékaři či sestry, které provádějí screeningové vyšetření, laboratoř, kolposkopická klinika nebo registr National Cancer Registry Ireland. Děje se tak za účelem údržby a zvyšování kvality služeb.

Váš vzorek ze screeningového vyšetření může být použit pro účely výuky, při přezkoumáních a auditech a také za účelem kontroly kvality a účinnosti programu. Vaše údaje také můžeme využít k tomu, abychom vás oslovili s nabídkou účasti ve výzkumu.

Zda se budete účastnit screeningových vyšetření, či nikoli, je na vás. Nikdy nebudeme používat vaše jméno v žádných zprávách, při výuce ani při přezkoumáních.

Vaše osobní údaje budeme uchovávat bezpečně a důvěrně, v souladu s platnými předpisy na ochranu osobních údajů.

Ke svým osobním údajům, které má CervicalCheck v držení, máte na vyžádání plný a otevřený přístup. Je důležité, abyste organizaci CervicalCheck uvědomili v případě změny vašich údajů. Informace o tom, jak získat přístup ke svým záznamům, najdete na hse.ie/gdpr/data-requests/

Další informace uvádějí zásady ochrany osobních údajů HSE – pacienti a uživatelé služeb, na adrese hse.ie/gdpr/

Komunikace s vámi

Budeme s vámi komunikovat otevřeně, poctivě, včas a transparentně, pokud:

- v rámci vaší péče se stane něco nepříznivého,
- v důsledku péče se vám něco stane,
- budeme se domnívat, že se vám možná něco stalo.

To znamená, že vás budeme plně informovat o skutečnostech a detailech účasti v programu screeningových vyšetření děložního hrdla.

Až budeme mít vaše výsledky, zašleme vám je spolu s dalšími informacemi o tom, co výsledky znamenají. Další informace také najdete na hse.ie/cervicalcheck



Formuláře, jež nejsou kompletně vyplněné, mohou být vráceny.

Ověřte s klientkou správnost všech údajů ve formuláři.

Po ověření sejměte z lahvičky se vzorkem štítek s číslem a přilepte jej na formulář.

Číslo lahvičky:

A. Detaily klienta

Osobní číslo pro
veřejné služby

Číslo								Písmena	

CSP ID

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Číslo nemocnice
(kde lze použít)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Datum narození

Den	Měsíc	Rok

Příjmení HŮLKOVÝM PÍSMEM

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

První jméno

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Prostřední jméno

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Rodné příjmení

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Rodné jméno matky

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Poštovní adresa (dopis s výsledky bude zaslán na tuto adresu)

Kód Eircode:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Kontaktní
telefonní č.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

C. Detaily smluvního lékaře nebo detaily

Registrační číslo smluvního
lékaře u lékařské rady:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

NEBO

Kód kliniky:

(CUN COLP GYN PPCC STI nebo ONG)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Jméno smluvního

lékaře nebo kliniky:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adresa:

Telefonní číslo

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

D. smluvního odběratele vzorků

MCRN nebo NMBI

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Jméno osoby odbírající vzorek:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

E. Informace o screeningovém vyšetření děložního hrdla

Datum vyšetření

Den	Měsíc	Rok

Místo odběru vzorku

☐ Cervix

☐ Poševní klenba(po celkové hysterektomii)

V případě přítomnosti děložního hrdla musí osoba odbírající vzorek vizualizovat celé hrdlo a vzorek odebrat správně pomocí 5 otočení kartáčkem o 360°. Odesláním vzorku se potvrzuje, že byl odběr proveden takto.

F. Relevantní klinické údaje

LMP	Den	Měsíc	Rok

☐ OCP/hormony/HRT

☐ Před/po transplantaci

☐ Postkoitální krvácení

☐ IUCD

☐ Dialýza

☐ Krvácení po menopauze

☐ Po menopauze

☐ HIV pozitivní

☐ Neúplná hysterektomie

☐ Úplná hysterektomie

B. Souhlas

Zkontrolovala jsem správnost všech svých výše uvedených údajů.

Poskytnuté informace jsem si přečetla a porozuměla jim. Souhlasím se svou účastí v programu CervicalCheck.

Podpis klientky: _____

CervicalCheck nepřijímá souhlasy třetích osob za klientky, pokud nejde o rodinného příslušníka nebo pečovatele s příslušnou zákonnou pravomocí.

G. Předchozí screeningová vyšetření a léčba

LABORATORY USE ONLY

Datum přijetí v
laboratoři

Den	Měsíc	Rok

Přístupové číslo

--	--

1°

2°

Buňky TZ

Ano ☐

Ne ☐

Datum oznámení

POUZE PRO LABORATORNÍ ÚČELY

Cesta

--

Doporučení pro management

--

Podpis

--