



Pneumologická klinika 2. LF UK a FN Motol  
FAKULTNÍ NEMOCNICE V MOTOLE  
V Úvalu 84, 150 06 Praha 5, IČ: 00064203

Identifikační štítek pacienta

## INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTA/ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE S VÝKONEM ONKOLOGICKÁ LÉČBA

### 1. *Diagnóza, která vede k provedení zdravotního výkonu (zdůvodnění/indikace):*

**Onemocnění, které bylo zjištěno, má nádorovou povahu**

### 2. *Informace o potřebném zdravotním výkonu (o jeho účelu, povaze, předpokládaném prospěchu a následcích):*

Vzhledem k povaze a rozsahu onemocnění je v současné době nejvhodnějším léčebným postupem:

- Léčba cytostatiky – chemoterapie
- Léčba zářením – aktinoterapie, iradiace
- Hormonální léčba
- Imunoterapie
- Biologická léčba
- Léčba bolesti a podpůrná péče

Cílem léčby je:

- zabránění návratu nádorového onemocnění po předcházející léčbě
- vyléčení
- zabránění dalšího postupu choroby, resp. její zpomalení
- zmírnění příznaků choroby

### 3. *Rizika zdravotního výkonu:*

- Odmítnutí doporučené léčby podstatně zvyšuje riziko návratu onkologického onemocnění nebo jeho dalšího postupu a růstu.

### 4. *Alternativy zdravotního výkonu:*

### 5. *Údaje o možném omezení v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti po provedení příslušného zdravotního výkonu, lze-li takové omezení předpokládat; v případě možné nebo očekávané změny zdravotního stavu též údaje o změnách zdravotní způsobilosti:*

*Předpokládaná doba hospitalizace:* Většina léčebných modalit je aplikována ambulantně, pouze vybrané léčebné úkony či komplikace léčby vedou k hospitalizaci, a to vždy jako konsensus pacienta a ošetřujícího lékaře

*Předpokládaná doba trvání pracovní neschopnosti (předpokládaná doba, po kterou pacient nebude schopen vykonávat své studium):* Aplikace protinádorové léčby neznamená automaticky vznik pracovní neschopnosti, nicméně je po dobu aktivní léčby, která je často časově náročná a někdy doprovázena nežádoucími účinky, doporučována

*Předpokládaná omezení v běžném způsobu života:* Po dobu aktivní léčby často omezení pracovních aktivit, koníčků a účasti na společenském životě. Často bývá pro snížení pozornosti a únavu omezení či zákaz řízení motorových vozidel a obsluha motorových i nemotorových strojů.

*Předpokládané změny zdravotní způsobilosti:*

.....

**6. Údaje o léčebném režimu a preventivních opatřeních, která jsou vhodná, a údaje o poskytnutí dalších zdravotních služeb (zdravotních výkonů):**

K některým předepisovaným lékům může být v lékárnách vybírán doplatek, jehož konkrétní výši nemůže lékař ani znát, ani ovlivnit.

**Prohlášení lékaře:**

Prohlašuji, že jsem výše uvedeného pacienta/zákonného zástupce pacienta srozumitelným způsobem a v dostatečném rozsahu informoval/a o jeho zdravotním stavu/o zdravotním stavu osoby jím zastupované a o veškerých shora uvedených skutečnostech, o navrženém individuálním léčebném postupu a všech jeho změnách, včetně upozornění na možné komplikace.

V Praze, dne.....20..... v.....hod. ....

**Podpis a jmenovka lékaře**

**Prohlášení a souhlas pacienta/zákonného zástupce pacienta:**

Já, níže podepsaný/á, prohlašuji, že jsem byl/a lékařem srozumitelně a v dostatečném rozsahu informován/a o svém zdravotním stavu/o zdravotním stavu osoby mnou zastupované a o veškerých shora uvedených skutečnostech. Údaje a poučení mi byly lékařem sděleny a vysvětleny, porozuměl/a jsem jim a měl/a jsem možnost klást doplňující otázky, které mi byly lékařem srozumitelně zodpovězeny.

Na základě poskytnutých informací a po vlastním zvážení **souhlasím s navrženou onkologickou léčbou**, včetně provedení dalších zdravotních výkonů, pokud by jejich neprovedení bezprostředně ohrozilo můj život nebo zdraví/život nebo zdraví osoby mnou zastupované.

Současně také prohlašuji, že jsem lékařem sdělil/a všechny mně známé okolnosti, které by mohly zkomplikovat klidný průběh léčby (zejména užívané léky, alergie a všechna přidružená onemocnění).

Jsem si vědom/a, že tento svůj souhlas mohu kdykoliv odvolat.

Souhlasím s tím, že **údaje o mé nemoci a léčbě/o nemoci a léčbě osoby mnou zastupované, jakož i některé osobní údaje jako je datum narození, pohlaví a údaje o zdravotním stavu mé osoby/osoby mnou zastupované mohou být využity k akademickým studiím pro vědecké účely.**

**Ano**       **Ne**

**Pro zákonného zástupce pacienta:**

Jako zákonný zástupce nezletilého pacienta nebo pacienta s omezenou svéprávností prohlašuji, že veškeré shora uvedené informace byly poskytnuty rovněž tomuto pacientovi (za podmínky, je-li k tomu pacient přiměřeně rozumově a volně vyspělý). *Pokud pacientovi nebyly takové informace poskytnuty, uveďte se důvod jejich neposkytnutí:*

.....

V Praze, dne.....20..... v.....hod. ....

**Podpis pacienta\* /zákonného zástupce**

**Identifikace zákonného zástupce:**

Jméno a příjmení: .....

Datum narození: ..... Vztah k pacientovi: .....

\* Nezletilému pacientovi lze zdravotní služby poskytnout na základě jeho souhlasu, jestliže je provedení takového úkonu přiměřené jeho rozumové a volní vyspělosti odpovídající jeho věku. U pacienta s omezenou svéprávností se postupuje obdobně, nezohledňuje se však věk pacienta.