



Onkologická 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 HORMONÁLNÍ LÉČBA KARCINOMU PROSTATY – LÉKY TYPU ARTA (LÉKY NAMÍŘENÉ PROTI ANDROGENOVÉMU RECEPTORU)

Preparát:.....

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

- potlačení růstu nádoru prostaty

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

Léky typu ARTA jsou typem hormonální léčby zaměřené proti mužským pohlavním hormonům a jejich receptorům.

Jedná se o léčbu tabletami/kapslemi užívanými denně v dávce předepsané lékařem. Délka léčby pomocí léků ARTA se odvíjí podle její efektivity a tolerance.

3. Rizika zdravotního výkonu:

Nejčastější komplikace a rizika hormonální léčby typu ARTA jsou zejména:

- zhoršení nebo vyvolání nemocí srdce a cévního systému (arytmie, vysoký tlak, zadržování tekutin, otoky),
- zhoršení spánku, paměti a myšlení,
- úzkost a deprese,
- únava a celková slabost,
- zvýšení rizika pádu,
- zvýšení rizika zlomenin,
- suchá kůže či vyrážka na kůži,
- zvětšení prsů (gynekomastie),
- zhoršení funkcí jater,
- poruchy iontové rovnováhy,
- snížení cukru v krvi (hypoglykémie) při kombinaci s některými léky proti cukrovce,
- zvýšení cukru v krvi (hyperglykémie),
- alergická reakce na léky nebo jejich nesnášenlivost.

4. Alternativy zdravotního výkonu:

- chemoterapie, ozařování

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:

Léky typu ARTA jsou podávány ve formě tablet, nevedou k hospitalizaci. Jejich aplikace neznamena automaticky vznik pracovní neschopnosti, nicméně je možná v případě vzniku vzácných komplikací a vzácně může vést k omezení pracovních aktivit, koníčků a účasti na společenském životě.

Předpokládaná doba hospitalizace: hospitalizace není předpokládána

Předpokládaná doba trvání pracovní neschopnosti: Aplikace léků typu ARTA nevedou v naprosté většině případů k vzniku pracovní neschopnosti.

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

Pravidelné kontroly zdravotního stavu včetně vyšetření krevního tlaku, tělesné váhy, krevního obrazu, ledvinných a jaterních funkcí, moči, cukru v krvi.

Během léčby abirateronem je nutné současně užívat prednison v dávce minimálně 5 mg denně.

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 provedením zdravotního výkonu/souhlasím s provedením výkonu u osoby mnou zastupované, 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 lékaři sdělil/a všechny mně známé okolnosti, které by mohly zkomplikovat klidný průběh zdravotního výkonu (zejména užívané léky, alergie a všechna přidružená onemocnění).

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

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.