



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 POSKYTNUTÍM HORMONÁLNÍ LÉČBY

**PREPARÁT:** .....

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

.....

- zabránění návratu nádorového onemocnění po předcházející léčbě (adjuvantní podání)
- zmenšení nádorového ložiska a následně jeho odstranění (neoadjuvantní podání)
- zpomalení progresu generalizovaného nádorového onemocnění (paliativní podání)

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

Hormonální léčba se používá u nádorů prsu, prostaty, dělohy a neuroendokrinních nádorů, které mohou být ve svém růstu závislé na přítomnosti určitých hormonů. Podáním látek působících proti těmto hormonům nebo zabráněním tvorby těchto hormonů se mnohdy podaří růst nádoru zpomalit, zastavit, zmenšit jeho rozsah či zamezit jeho návratu. Hormonální léčba je buď podávána nitrosvalově / podkožně cyklicky, tj. opakovaně v 2-4 týdenních intervalech nebo v případě tabletové formy hormonální léčby je tato podávána většinou denně. Délka aplikace hormonální léčby se liší podle záměru léčby – při adjuvantním či neoadjuvantním podání je většinou jasně definovaná délka její aplikace, při paliativním podání se délka léčby odvíjí podle efektivity a tolerance léčby. Bližší informace obdržíte od ošetřujícího lékaře.

**Příprava před výkonem:** žádná

**Postup při výkonu:** aplikace léků podkožně / nitrosvalově nebo ve formě tablet

**Průběh a péče po výkonu/případná omezení:** pravidelné kontroly laboratorních hodnot, kontroly na gynekologii, oční vyšetření, kostní vyšetření (denzitometrie)

3. **Rizika zdravotního výkonu:**

**Možné časté komplikace a rizika jsou zejména:**

- zažívací obtíže (nechutenství, nevolnost, zvracení, průjem),
- útlum menstruačního cyklu či tvorby spermií (většinou dočasný),
- alergická reakce na podané léky,
- zvýšené vypadávání vlasů,
- bolesti kloubů, sklon k řídnutí kostí,
- zhoršení nálady, deprese, nespavost,
- zhoršení laboratorních ukazatelů (jaterních a ledvinných testů, iontů),
- poruchy vidění, poškození rohovky a sítnice,
- vegetativní obtíže (návaly),
- svědění vulvy, někdy i krvácení z pochvy, rakovina dělohy,
- hluboký zánět žil, plicní embolie, retence tekutin s otoky.

4. **Alternativy zdravotního výkonu:**

- chemoterapie, chirurgická léčba, biologická léčba

**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:* Naprostá většina forem hormonální léčby je aplikována ambulantně, pouze vybrané léčebné úkony či vzácné komplikace hormonální léčby či přídatné jiné modalitě protinádorové léčby mohou vést 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 hormonální léčby v naprosté většině nevede ke vzniku pracovní neschopnosti.

*Předpokládaná omezení v běžném způsobu života:* Po dobu aktivní léčby může dojít k omezení pracovních aktivit, koníčků a účasti na společenské na životě.

*Předpokládané změny zdravotní způsobilosti:*

.....

**6. Údaje o léčebném režimu a preventivních opatřeních, která jsou vhodná, a údaje o poskytnutí dalších zdravotních služeb (zdravotních výkonů):** v případě hormonální léčby nejsou doporučována speciální opatření.

Případné doplňkové doporučení ve Vašem případě: .....

.....

**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.