



Razítko pracoviště

Identifikační štítek pacienta

INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTA/ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE S VÝKONEM PODÁNÍ HUMANIZOVANÉ IGG2 MONOKLONÁLNÍ PROTILÁTKY PROTI CGRP – FREMANEZUMAB (AJOVY[®])

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

Migréna je onemocněním charakterizované opakovanými záchvaty intenzivní, obvykle pulsující bolesti hlavy, které jsou často doprovázeny nevolností, zvracením a přecitlivělostí na zvuky, světlo anebo pachy. Vznik záchvatu migrény je podmíněn aktivací nervových zakončení na cévách mozku a mozkových plén, která vede k uvolnění látek bílkovinné povahy, z nichž nejdůležitější je *calcitonin gene-related peptide* (CGRP). To spouští další kaskádu dějů, které vedou ke vzniku bolesti hlavy u migrény. Záchvaty migrény obvykle výrazně omezují jak pracovní, tak mimopracovní aktivity pacienta.

Ve Vašem případě byla diagnostikována epizodická či chronická migréna. To znamená, že máte měsíčně více než čtyři, případně více než 15 dnů s bolestí hlavy.

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

Vzhledem k tomu, že dosavadní profylaktickou léčbou migrény se u Vás nepodařilo dosáhnout dostatečného poklesu frekvence migrenózních záchvatů, je u Vás indikována léčba humanizovanou monoklonální protilátkou proti CGRP. Fremanezumab je látka, která vazbou na molekulu CGRP zamezuje vzniku sterilního (neinfekčního) zánětu v okolí mozkových cév a tedy i vzniku bolesti u migrény.

Podle klinických studií dochází po podání fremanezumabu u pacientů s epizodickou migrénou k průměrnému poklesu dnů s migrénou za měsíc o více než 50 % a u pacientů s chronickou migrénou o více než 40 %.

Přípravek Ajoyv[®] (fremanezumab) se podává podkožní injekcí jednou za měsíc / resp. jednou za tři měsíce / a je určen k samostatnému podání (aplikaci) pacientem. První aplikace probíhá ve specializovaném centru, kdy budete současně poučeni, jak provádět aplikace další. Injekci je možné aplikovat do břicha, hýždí nebo paže (paži lze použít jen v případě, že injekci provádí jiná osoba). Místa vpichu je nutné měnit a injekce nesmí být podána do míst, kde je pokožka citlivá na dotek, poškozená, zarudlá nebo ztvrdlá. Je nutné aplikovat celý obsah předplněné injekční stříkačky přípravku Ajoyv[®]. Přípravek musí být transportován a skladován při teplotě 2-8 stupňů C. Po vyjmutí z chladničky musí být přípravek použit během 24 hodin, pokud je nadále uchováván při pokojové teplotě.

3. *Rizika zdravotního výkonu:*

Přípravek Ajoyv[®] (fremanezumab) Vám nesmí být podán, jestliže jste alergický/á/ na fremanezumab nebo na kteroukoli další složku přípravku. Podání přípravku je kontraindikováno v těhotenství, při kojení, u pacientů se závažným kardiálním nebo cerebrálním onemocněním, se závislostí na alkoholu či drogách; nebo u pacientů s těžkou duševní poruchou. U pacientů trpících těžkou poruchou funkce ledvin nebo jater je třeba při podání přípravku Ajoyv[®] zvláštní opatření.

Po aplikaci přípravku může dojít ke vzniku zejména těchto nežádoucích účinků: lokální reakce v místě aplikace injekce (zatvrdnutí [17 %], začervenání [16 %] a kopřivka [2 %]).

4. *Alternativy zdravotního výkonu:*

V profylaktické léčbě migrény je možné použít i přípravek se srovnatelnou účinností a bezpečnostním profilem – Aimovig[®] (erenumab) nebo Emgality[®] (galkanezumab). Váš ošetřující lékař společně s Vámi probral konkrétní situaci a ve Vašem případě upřednostňuje preparát fremanezumab (Ajoyv[®]).

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:

Hospitalizace, omezení pracovní schopnosti, omezení v běžném způsobu života ani změny zdravotní způsobilosti se po podání přípravku Ajovy® nepředpokládá.

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

Vždy aplikujte přípravek Ajovy® přesně podle pokynů svého lékaře. Doporučené dávkování je jedna dávka jedenkrát za měsíc.

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 můžu 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:

Podpisová doložka svědka:

.....
Důvod nepodepsání, nemůže-li se pacient podepsat

.....
Způsob, jakým pacient projevil vůli

.....
Jméno a příjmení svědka

.....
Podpis svědka