



Klinika nukleární medicíny a endokrinologie 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 LÉČBA OTEVŘENÝM ZÁŘIČEM – RADIOJODEM (<sup>131</sup>I)

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

- některé nádory štítné žlázy: provádí se až po chirurgickém odstranění nádoru a téměř celé štítné žlázy
- zvýšená činnost štítné žlázy
- zmenšení zvětšené štítné žlázy
- endokrinní orbitopatie

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

- Radiojod (<sup>131</sup>I) je radionuklid s fyzikálním poločasem 8,04 dne. Po podání ústy přestupuje v zažívacím traktu do krevního oběhu a potom se v těle usazuje v buňkách štítné žlázy nebo v nádorové tkáni z ní vycházející. Radiojod v nich setrvává po řadu týdnů, během nichž se uvolňuje záření, které ozařuje tkáň místně. To umožňuje přenést léčbu přesně do těch míst, kde je ji potřeba. Podání radiojodu a místní ozáření vede k zániku buněk vychytávajících radiojod. Funkce štítné žlázy je potom dle klinického stavu a laboratorních testů nahrazena užíváním hormonů štítné žlázy.
- Léčba se může opakovat v různých časových intervalech, celkový počet podání je závislý na typu léčebného režimu a celkovém zdravotním stavu nemocného.

### 3. *Rizika zdravotního výkonu:*

- Zejména otok a bolestivost slinných žláz, bolest krku v místě uložení štítné žlázy, přechodná ztráta chuti, pocit na zvracení, vzácně zvracení.
- Pokles počtu bílých krvinek.
- Pro členy domácnosti existuje po návratu pacienta ze zdravotnického zařízení riziko z vnějšího ozáření a vnitřní kontaminace při nedodržování některých pokynů.

### 4. *Alternativy zdravotního výkonu:*

- U nádorů štítné žlázy neexistuje.
- U nezhoubných onemocnění štítné žlázy je možné dočasné podávání léků tlumících zvýšenou činnost štítné žlázy nebo chirurgický zákrok.

### 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:*

- 14 dnů

*Předpokládaná doba trvání pracovní neschopnosti (předpokládaná doba, po kterou pacient nebude schopen vykonávat své studium):*

- Závisí na základním onemocnění.

*Předpokládaná omezení v běžném způsobu života:*

- V prvním týdnu po propuštění se nezdržujte v blízkosti ostatních osob, zejména se vyhýbejte kontaktu s dětmi a těhotnými ženami. Písemné pokyny obdržíte před propuštěním dle měření po léčbě radiojodem.

*Předpokládané změny zdravotní způsobilosti:*

- V souvislosti s podáním radiojodu se nepředpokládají.

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

- Před plánovanou léčbou radiojodem je nutné vysadit veškerou tyroidální medikaci
  - tyroxin (Euthyrox, Letrox) alespoň 4 týdny
  - trijodtyronin alespoň 10 dní
  - propylthiouracil (Propycil), methimazol (Thyrozol), alespoň 3 dny

- Vyloučení podání neaktivního jodu v potravě minimálně 4 týdny před plánovanou léčbou, při vyšším obsahu jodu (terapie amiodaronem, betadinem, podání RTG kontrastní látky, aplikace jodových dezinfekčních látek na pokožku, atd.) 3-6 měsíců.
- Léčba se provádí za hospitalizace. Pokud podána aktivita nepřekročí 550 MBq lze léčbu podat ambulantně u nezhooubných onemocnění štítné žlázy.
- Nejdříve je nutné provést tzv. akumulační test, který umožní stanovit množství aplikované aktivity <sup>131</sup>I pro vlastní léčbu. Akumulační test se provádí obvykle druhý den po přijetí na lůžkové oddělení. Nalačno Vám bude podáno ústy malé množství radioaktivního jodu. Následující den Vám bude měřena akumulace na gamakameře. V odpoledních hodinách se dozvíte, zda a kdy Vám bude podána léčebná aktivita. Obvykle týden od přijetí k hospitalizaci bude proměřena radioaktivita ve Vašem těle. V závislosti na naměřené hodnotě podstoupíte v průběhu následujícího týdne postterapeutickou scintigrafii na gamakameře.
- Doporučujeme pít dostatečné množství nezářivých tekutin v průběhu celé hospitalizace, zvláště po podání léčebné aktivity, kdy je vhodné také cucat kyselé bonbóny k podpoře slinění a tím i zmenšení ozáření slinných žláz.
- Po podání léčebné aktivity se ženám nedoporučuje otěhotnět 1 rok od podání, muži by neměli počít dítě půl roku po podání.
- Po vypití radioaktivního roztoku se stáváte zdrojem ionizujícího záření, radioaktivními se stávají i Vaše stolice a moč, krev, pot a zpočátku i dech. Proto je nutné dodržovat speciální preventivní opatření ve vztahu k ošetřujícímu personálu a Vaším návštěvám během hospitalizace. S podrobnými informacemi se seznámíte prostřednictvím edukačního záznamu KNME.

### **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 lékařem 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, uvede 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 rozumově a volní vyspělosti odpovídající jeho věku. U pacienta s omezenou svéprávností se postupuje obdobně, nezohledňuje se však věk pacienta.