



Klinika dětské hematologie a onkologie 2. LF UK a FN Motol  
FAKULTNÍ NEMOCNICE V MOTOLE  
V Úvalu 84, 155 00 Praha 5, IČ: 00064203

Identifikační štítek pacienta

## INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTKY/ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE S VÝKONEM FARMAKOLOGICKÁ OCHRANA POHLAVNÍCH ŽLÁZ PŘED ZAHÁJENÍM PROTINÁDOROVÉ LÉČBY ZA ÚČELEM OCHRANY BUDOUCÍ PLODNOSTI

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

- Intenzivní protinádorová chemoterapie nebo radioterapie
- Jiné \_\_\_\_\_

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

Ošetřujícím lékařem jste byli řádně informováni o tom, že máte (že Vaše dcera má) závažné nádorové onemocnění. Lékař Vás seznámil s možnostmi a předpokládanými výsledky protinádorové léčby. Součástí nezbytné intenzivní léčby tohoto onemocnění je chemoterapie a/nebo radioterapie. Následkem této léčby může u Vás (u Vaší dcery) dojít i v odstupu několika let k narušení funkce pohlavních žláz a k poruše plodnosti.

Současná lékařská věda umožňuje významně snížit riziko poškození pohlavních žláz a pohlavních buněk pomocí léků ze skupiny analogů gonadoliberinu, hovoříme o farmakologické ochraně pohlavních žláz. Působením léků se pohlavní žlázy uvedou do klidového stavu jako u dětí před pubertou. Jedná se o léčebný postup, který není součástí vlastní protinádorové léčby, efekt není stoprocentní, uchovává však naději na potomstvo pomocí vlastních pohlavních buněk.

Farmakologická ochrana pohlavních buněk a pohlavních žláz přichází v úvahu u dívek v pubertě, u dospívajících a dospělých žen, tedy u osob s již zralými pohlavními buňkami. Pacientka dostává po dobu "farmakologické ochrany pohlavních žláz" obvykle 3-10 injekcí (s analogy gonadoliberinu: triptorelin, cetrorelix), v počátku léčby kombinace několika injekcí během prvních dní (do svalu, podkožně) a poté v intervalu 25-28 dnů (do svalu), či pouze jedné injekce v intervalu 25-28 dní (do svalu) podle typu léčebného protokolu. Terapii je nutno zahájit ještě před zahájením protinádorové léčby. Tato léčba nepřináší významnou zátěž, ani riziko závažných nežádoucích účinků. Nelze ovšem vyloučit eventuální individuální nežádoucí reakce na podávané léčivo, které však dosud byly zjištěny zcela ojediněle a byly hodnoceny jako nezávažné. Pacientka je po celou dobu léčby ve stálém kontaktu s onkologem/hematologem, kterému hlásí případné vedlejší účinky léčby.

Hlavním cílem je přechodné uvedení pohlavních žláz pacientky do stádia dočasného pohlavního klidu. Tak lze snížit poškození a úbytek dělicích a vyvíjejících se pohlavních buněk. Po ukončení této léčby se v krátké době obnovuje činnost pohlavních žláz. U dívek a mladých žen s menstruačními cykly lze spatřovat význam léčby nejen v uchování pohlavních buněk, ale i v dočasné a cílené zástavě menstruačního krvácení, což je v období intenzivní protinádorové léčby velmi žádoucí. Sníží se tak riziko silného krvácení při nedostatečném počtu krevních destiček.

### 3. *Rizika zdravotního výkonu:*

- Tato léčba nepřináší riziko závažných nežádoucích účinků. Nezávažné individuální nežádoucí reakce na podávané léčivo byly zjištěny zcela ojediněle.

### 4. *Alternativy zdravotního výkonu:*

- V souvislosti s tímto výkonem nejsou.

### 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:** U výkonu samotného se nepředpokládá vliv na délku hospitalizace a lze jej provádět i ambulantně.

**Předpokládaná doba trvání pracovní neschopnosti (předpokládaná doba, po kterou pacient nebude schopen vykonávat své studium):** Výkon samotný nevede k pracovní neschopnosti nebo neschopnosti vykonávat studium.

**Předpokládaná omezení v běžném způsobu života:** Omezení běžného způsobu života výkon nepředpokládá.

**Předpokládané změny zdravotní způsobilosti:** Přechodné uvedení pohlavních žláz pacientky do stádia dočasného pohlavního klidu je hlavním cílem tohoto léčebného postupu. Snižuje tímto poškození a úbytek dělicích a vyvíjejících se pohlavních buněk. Po ukončení této léčby se v krátké době činnost pohlavních žláz obnovuje.

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

Kontrola obnovy činnosti pohlavních žláz a její sledování po ukončení této léčby.

**Prohlášení lékaře:**

Prohlašuji, že jsem výše uvedenou pacientku/zákonného zástupce pacientky srozumitelným způsobem a v dostatečném rozsahu informoval/a o jejím 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. Pacientka/zákonný zástupce pacientky byl/a seznámen/a s plánovaným výkonem – farmakologickou ochranou gonád.

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

**Podpis a jmenovka lékaře**

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

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 můžu kdykoliv odvolat.

**Pro zákonného zástupce pacientky:**

Jako zákonný zástupce nezletilé pacientky nebo pacientky s omezenou svéprávností prohlašuji, že veškeré shora uvedené informace byly poskytnuty rovněž této pacientce (za podmínky, je-li k tomu pacientka přiměřeně rozumově a volně vyspělá). *Pokud pacientce nebyly takové informace poskytnuty, uvede se důvod jejich neposkytnutí:*

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

**Podpis pacientky\* /zákonného zástupce**

**Identifikace zákonného zástupce:**

Jméno a příjmení: .....

Datum narození: ..... Vztah k pacientce: .....

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