



Pneumologická 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 BRACHYTERAPIE PŘI FIBROBRONCHOSKOPII (VNITŘNÍ OZÁŘENÍ PRŮDUŠEK POMOCÍ OHEBNÉHO OPTICKÉHO PŘÍSTROJE)

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

- Zúžení dýchacích cest nádorem.

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

- K ozáření se používají zrna radioaktivního zdroje zavedená pomocí fibrobronchoskopu (tenká ohebná hadička vybavená optickým systémem).
- Účelem výkonu je místní zastavení růstu nádoru, zástava krvácení a zprůchodnění postižené části dýchacího stromu vnitřním ozářením.
- Před výkonem jsou podána sedativa (zklidňující léky) a lokální anestetika (látky ve formě roztoku, které se vstříkují nebo vkapávají na sliznici dýchacích cest za účelem jejího znecitlivění). Potom se zavede fibrobronchoskop ústy, nebo nosem do Vašich průdušek. Do kanálu přístroje se zasune sonda, kterou se pak postižená oblast v průdušce ozáří. Ozáření je nebolestivé, trvá 5 – 10 minut a zpravidla je možné je s odstupem jednoho týdne opakovat.

3. Rizika zdravotního výkonu mohou být zejména:

- krvácení do dýchacích cest, do pohrudniční dutiny, do mediastina (mezihrudí);
- perforace (proděravění) dýchacích cest;
- zánětlivé onemocnění plic;
- alergická reakce na lokální anestetika;
- laryngospasmus (stažení hrtanu);
- krátkodobý bronchospasmus (stažení průdušek);
- dechová nedostatečnost vyžadující umělou plicní ventilaci (napojení na dýchací přístroj);
- srdeční komplikace (poruchy srdečního rytmu, krevního tlaku, prokrvení srdečního svalu);
- mozkové cévní příhody (projevující se například poruchou vědomí, řeči nebo poruchou hybnosti končetin).

Tyto závažné komplikace jsou velmi vzácné. Vyšetření obvykle probíhá zcela bez komplikací. Někdy po něm pacient kašle, má bolesti v krku nebo vykašlává menší množství krve.

Obtíže vymizí obvykle do dvou hodin po výkonu.

4. Alternativy zdravotního výkonu:

- Při neprovedení výkonu hrozí další zužování průdušky vedoucí k nevdůšnosti a zánětu postižené části plic, který se projeví nárůstem dušnosti, teplotami a zhoršením celkového stavu pacienta.
- Alternativou výkonu je zevní ozáření, jehož místní léčebné účinky jsou však méně intenzivní než účinky ozáření vnitřního. Zevní ozáření nelze provést, pokud již nemocný zevně ozářen byl.

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:

- Po výkonu nepředpokládáme déle trvající omezení obvyklého způsobu života ani změnu zdravotního stavu důsledkem výkonu.

Předpokládaná doba hospitalizace: výkon obvykle nevyžaduje hospitalizaci.

Předpokládaná doba trvání pracovní neschopnosti (předpokládaná doba, po kterou pacient nebude schopen vykonávat své studium): 1 týden.

Předpokládaná omezení v běžném způsobu života: 2 hodiny po výkonu nesmíte jíst a pít. V den výkonu se vyvarujte větší fyzické námahy, např. nevykonávejte fyzickou práci, neběhejte. Po dobu 24 hodin po výkonu vzhledem ke snížené pozornosti po aplikaci zklidňujících léků a místního znecitlivění nesmíte řídit motorová vozidla. Stejnou dobu může trvat hlasová indispozice (chrapot, zastřený hlas). Při obtížích včas vyhledejte lékaře a informujte ho o prodělaném ozáření nebo se dostavte na naše pracoviště.

Předpokládané změny zdravotní způsobilosti: nepředpokládáme změnu zdravotní způsobilosti v důsledku výkonu.

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

- Výkon nevyžaduje změnu dosavadního léčebného režimu. Po výkonu se dostavte na kontrolní vyšetření k lékaři, který Vás k plánovanému výkonu odeslal a který stanoví další léčebný postup.

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. Pacient/zákonný zástupce pacienta byl seznámen s plánovaným způsobem anestézie (sedace), bude-li použita.

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, souhlasím i s případným s použitím uvedené anestezie (sedace), 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, 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:

Podpisová doložka svědka:

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

.....
Způsob, jakým pacient projevil vůli

.....
Jméno a příjmení svědka

.....
Podpis svědka

* 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.