



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 INTERSTICIÁLNÍ BRACHYTERAPIE ANU (NITROTKÁŇOVÉ OZÁŘENÍ ŘITI)

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

- Karcinom anu (řiti).

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

Vážená paní, vážený pane,

součástí léčby Vašeho onemocnění je cílené ozařování nádoru pomocí HDR brachyterapie (tzn. s vysokým dávkovým příkonem). Jeho účelem je zvýšit dávku záření v nádoru a tím dosáhnout jeho úplného vyléčení nebo alespoň jeho výrazného zmenšení.

Výkon bude proveden v celkové narkóze, proto je nutné, abyste se dostavil/a k výkonu nalačno a řádně vyprázdněn/a. V den výkonu nesmíte od půlnoci nic jíst, pít ani kouřit.

Na operačním sále budete uveden/a do celkové anestezie. Poté Vám budou zavedeny kovové či plastické jehly do oblasti nádoru v řitním kanále. Po probuzení z anestezie bude provedeno rentgenové ověření polohy jehel. Následně budete transportován/a na magnetickou rezonanci (MRI), kde Vám bude provedeno vyšetření sloužící k přípravě a výpočtu ozařovacího plánu. Po jeho schválení bude zahájeno vlastní ozařování. Konce jehel budou připojeny pomocí přenosových trubic k ozařovacímu přístroji, ve kterém je uložen zářič. Pohyb zářiče je dálkově řízen počítačem z vedlejší místnosti. Zářič se postupně přemísť do jednotlivých jehel, v nichž se pohybuje podle ozařovacího plánu. Po uplynutí naplánovaného ozařovacího času zářič zajede zpět do stíněné hlavy ozařovacího přístroje.

Po celou dobu ozařování zůstanete na aplikačním sále sám/sama, ale budete trvale sledován/a na obrazovce monitoru z vedlejší místnosti. Prostřednictvím mikrofону se můžete dorozumívat s personálem. Je třeba, abyste zůstal/a v neměnné poloze a nesahal/a na žádné přírodní hadice. Po skončení ozařování Vám bude podána malá dávka anestetika, aby lékař mohl bezbolestně odstranit jehly z tkáně.

3. *Rizika zdravotního výkonu:*

- Zejména krvácení z nádoru (vzácně).

4. *Alternativy zdravotního výkonu:*

- Dlouhodobější ozařování ze zevnějšku.

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:*

- Výkon je součástí komplexní léčby (zevní ozařování, chemoterapie) a její výsledek, kromě jiného, závisí především na původním rozsahu nádoru.
- Několik dní po provedeném výkonu může přetrvávat pálení při stolici.

Předpokládaná doba hospitalizace: 2 dny.

Předpokládaná doba trvání pracovní neschopnosti (předpokládaná doba, po kterou pacient nebude schopen vykonávat své studium): v závislosti od další léčby a stavu onemocnění.

Předpokládaná omezení v běžném způsobu života: nevztahuje se k samotnému výkonu.

Předpokládané změny zdravotní způsobilosti: nevztahuje se k samotnému výkonu.

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

- Po výkonu klid na lůžku po dobu několika hodin.
- V dalším období péče o pravidelnou stolici.
- Po skončení celé komplexní léčby Vám bude stanoven termín kontroly.

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, případně 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, 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

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