



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 INTRALUMINÁLNÍ BRACHYTERAPIE BRONCHU („VNITŘNÍ“ OZÁŘENÍ PRŮDUŠKY)

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

- Karcinom bronchu (průdušky).

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 pomocí HDR brachyterapie (tzn. s vysokým dávkovým příkonem). Jeho účelem je zmenšení nádoru, zpomalení jeho dalšího růstu a obnovení průchodnosti postižené průdušky a tím zlepšení Vašich potíží (dušnosti, krvácení, kašle).

Během výkonu Vám bude pomocí bronchoskopu do průdušky zavedena tenká hadička, do které se pak automaticky zavádí zářič pomocí dálkově ovládaného ozařovacího přístroje.

Na operačním sále Vám po místním znecitlivění kořene jazyka a vchodu hltanu bude provedena bronchoskopie, s jejíž pomocí bude zjištěno místo nádorového postižení průdušky. Potom, skrz bronchoskop, bude zavedena tenká hadička (katétr) do postižené průdušky. Do katétru pak zasuneme speciální měрку k označení místa, které je třeba ozářit a pro účely výpočtu ozařovacího plánu bude zhotoven rentgenový snímek s touto měrkou. Na základě rentgenových snímků fyzik vypočítá ozařovací plán. Po kontrole ozařovacího plánu, zhodnocení rozložení dávky záření a schválení lékařem, bude konec aplikátoru připojen k ozařovacímu přístroji, ve kterém je uložen zářič. Pohyb zářiče je dálkově řízen počítačem z vedlejší místnosti. Zářič se přemístí do aplikátoru, v němž se pohybuje podle ozařovacího plánu. Po uplynutí naplánovaného ozařovacího času zajede zářič opět do stíněné hlavičky ozařovacího přístroje.

Po celou dobu ozařování zůstanete na aplikačním sále sám/a, 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 katétr z průdušky odstraněn.

3. Rizika zdravotního výkonu:

Zejména:

- krvácení z nádoru;
- dráždivý kašel.

4. Alternativy zdravotního výkonu:

- V některých případech zevní ozařování.
- Léčba laserem.
- Zavedení stentu.

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: 1 den.

Předpokládaná doba trvání pracovní neschopnosti (předpokládaná doba, po kterou pacient nebude schopen vykonávat své studium): závisí na stavu onemocnění a další léčbě.

Předpokládaná omezení v běžném způsobu života: výkon sám o sobě nezpůsobuje.

Předpokládané změny zdravotní způsobilosti: výkon sám o sobě nezpůsobuje.

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

- Klid na lůžku 2 – 3 hodiny po výkonu, rentgenová kontrola, případně bronchoskopie za 6 týdnů na plicním oddělení.

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 jím 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 (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 přiměřené jeho rozumové a volní vyspělosti odpovídající jeho věku. U pacienta s omezenou svéprávností se postupuje obdobně, nezohledňuje se však věk pacienta.