



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 INTRAKAVITÁRNÍ POOPERAČNÍ VAGINÁLNÍ BRACHYTERAPIE – OVOIDY (POOPERAČNÍ OZÁŘENÍ POŠEVNÍ JIZVY)

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

- Karcinom děložního hrdla, stav po operaci.

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

Vážená paní,

Vaše onemocnění vyžaduje kombinované ozařování pomocí zevní radioterapie a HDR brachyterapie (tzn. s vysokým dávkovým příkonem). Cílem tohoto postupu je navýšit dávku záření do nádoru a zajistit jeho vyléčení.

Při tomto způsobu krátkodobého ozáření brachyterapií Vám bude do horního konce pochvy zaveden aplikátor v podobě 2 válečků (ovoidů), do nichž se pak automaticky zavádí zářič pomocí dálkově ovládaného ozařovacího přístroje.

Na operačním sále Vám do pochvy zavedeme aplikátor a zafixujeme ho tamponádou. Následně budete na lůžku transportována na počítačovou tomografii (CT), případně magnetickou rezonanci (MRI), kde Vám bude provedeno vyšetření sloužící k přípravě ozařovacího plánu. Po jeho výpočtu a schválení bude na sále/ozařovně zahájeno vlastní ozařování. Aplikátor bude připojen pomocí přenosových trubic k ozařovacímu přístroji, ve kterém je uložen zářič. Pohyb zářiče je dálkově řízen počítačem z vedlejší místnosti. Po uplynutí naplánovaného ozařovacího času zajede zářič zpět do stíněné hlavice ozařovacího přístroje.

Výkon se provádí bez narkózy. Kromě mírného tlaku v pochvě po zavedení aplikátoru je výkon nebolestivý. Po celou dobu ozařování zůstanete na aplikačním sále sama, ale budete trvale sledována na monitoru z vedlejší místnosti. Prostřednictvím mikrofónu se můžete dorozumívat s personálem. Je třeba, abyste zůstala v neměnné poloze a nesahala na žádné přírodní hadice. Po skončení ozařování Vám aplikátor z pochvy odstraníme.

3. Rizika zdravotního výkonu:

- Zejména suchost poševní sliznice a slepení poševní sliznice v jejím horním konci (týká se zejména pacientek, které už nevedou aktivní sexuální život).

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:

Předpokládaná doba hospitalizace: výkon je možné provádět ambulantně.

Předpokládaná doba trvání pracovní neschopnosti (předpokládaná doba, po kterou pacient nebude schopen vykonávat své studium): nesouvisí se samotným výkonem, ale s celkovou léčbou (s rozsahem operace, zevním ozařováním, chemoterapií).

Předpokládaná omezení v běžném způsobu života: dočasné sprchování místo vanové koupele až do doby úplného vymizení reakce po ozařování.

Předpokládané změny zdravotní způsobilosti: po samotném výkonu se nepředpokládají.

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

- Pít dostatek tekutin.
- Pohybový a dietní režim s ohledem na celkovou prodělanou a probíhající další léčbu.
- Datum kontroly bude stanoven po ukončení celého pooperačního ozáření.

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