



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 (NITROTKÁŇOVÉ OZÁŘENÍ) PENISU

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

- Karcinom penisu.

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

Vážený pane,

součástí léčby Vašeho onemocnění je cílené ozařování pomocí HDR brachyterapie (tzn. s vysokým dávkovým příkonem). Jeho účelem je trvalé vyléčení nádoru.

Výkon bude proveden v celkové narkóze, a proto budete přijat na lůžkové oddělení v den před výkonem, aby bylo možné provést předoperační přípravu (vyprázdnění, oholení ochlupení kolem penisu).

Před započítáním výkonu budete mít zavedenou cévku do močového měchýře, která bude v tomto místě ponechána po celou dobu ozařování.

V celkové narkóze budou do postižené oblasti penisu zavedeny tenké plastické hadičky (katétrů) pomocí dutých kovových zavaděčů. Po probuzení z celkové anestezie nejprve absolvujete rentgenologické ověření polohy zavedených katétrů a následně budete transportován na vyšetření pomocí počítačové tomografie – CT. Snímky z tohoto vyšetření budou využity k přípravě a výpočtu ozařovacího plánu.

Po jeho schválení bude zahájeno vlastní ozařování. Konce katétrů budou připojeny pomocí přenosových hadic k ozařovacímu přístroji, ve kterém je uložen zářič. Pohyb zářiče je dálkově řízen počítačem z vedlejší místnosti. Zářič se postupně přemístí do jednotlivých katétrů, v nichž se pohybuje podle ozařovacího plánu. Po uplynutí naplánovaného ozařovacího času zářič zajede zpět do stíněné hlavičky ozařovacího přístroje.

Po celou dobu ozařování zůstanete na aplikačním sále sám, ale budete trvale sledován na obrazovce monitoru z vedlejší místnosti. Prostřednictvím mikrofону se můžete dorozumívat s personálem. Je třeba, abyste zůstal v neměnné poloze a nesahal na žádné přírodní hadice.

Po ukončení ozařování budou přenosové hadice odpojeny od katétrů zavedených v penisu, bude provedeno ošetření a převaz. Následně budete odvezen na lůžkové oddělení. Vzhledem k tomu, že se bude ozařování opakovat 2 x denně po dobu několika dní, je třeba Vaší spolupráce, aby nedošlo k zalomení nebo vytažení hadiček, zejména v době, kdy nejste sledován personálem brachyterapie. Hadičky budou v penisu ponechány až do poslední frakce ozáření a teprve po skončení celého ozáření budou z tkáně v analgosedaci odstraněny.

3. *Rizika zdravotního výkonu:*

Zejména:

- otok penisu;
- krvácení z nádoru.

4. *Alternativy zdravotního výkonu:*

- Amputace části nebo celého penisu.

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: závisí od plánovaného počtu ozařovacích frakcí (asi 10 – 14 dní).

Předpokládaná doba trvání pracovní neschopnosti (předpokládaná doba, po kterou pacient nebude schopen vykonávat své studium): závisí na výsledku léčby.

Předpokládaná omezení v běžném způsobu života: může být prodloužené hojení poradiační reakce, event. zúžení močové trubice. Může dojít k zhoršení schopnosti pohlavního styku

Předpokládané změny zdravotní způsobilosti: závisí od konečného výsledku léčby.

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

- Během doby, kdy budou zavedeny hadičky v tkáni, budete mít omezený pohyb jen na Váš lůžkový pokoj.
- Po ukončení brachyterapie bude nutné ošetřování akutní poradiační reakce na kůži.
- Vyvarovat se mechanického dráždění až do zhojení.
- Po skončení ozařování Vám bude určena kontrola přibližně za 1 měsíc, další kontroly pak v pravidelných intervalech.

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