



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 PRSU (CÍLENÉ NITROTKÁŇOVÉ OZÁŘENÍ PRSU)

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

- Karcinom prsu.

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

Vážená paní,

součástí léčby Vašeho onemocnění je cílené ozařování pomocí HDR brachyterapie (tzn. s vysokým dávkovým příkonem). Jeho účelem je zvýšení dávky záření v místě, kde původně ležel nádor, a zabránění jeho opětovnému růstu.

Výkon se provádí v celkové anestézii, proto se k výkonu musíte dostavit nalačno (od půlnoci nejíst, nepít, nekouřit).

Na operačním sále budete uvedena do celkové krátkodobé anestezie a do prsu Vám budou zavedeny kovové jehly. Po zavedení jehel budete probuzena. Následně se provádí rentgenové ověření polohy jehel. Poté budete transportována na počítačovou tomografii (CT), kde Vám bude provedeno vyšetření, které slouží pro přípravu ozařovacího plánu. Po jeho výpočtu a schválení jsou konce jehel připojeny pomocí přenosových trubic k ozařovacímu přístroji, ve kterém je uložen zářič. Pohyb zářiče je dálkově řízen počítačem z vedlejší místnosti. Zářič se postupně přemístí do jednotlivých jehel, v nichž se pohybuje podle ozařovacího plánu. Po uplynutí naplánovaného ozařovacího času zajede zářič zpět do stíněné hlavičky ozařovacího přístroje.

Po celou dobu ozařování zůstanete na aplikačním sále sama, jste ale trvale sledována na monitoru z vedlejší místnosti. Při ozařování jste již probuzena z narkózy, takže se můžete dorozumívat s personálem prostřednictvím mikrofónu. Je třeba, abyste zůstala v neměnné poloze a nesahala na žádné přírodní hadice. Po skončení ozařování Vám bude podána malá dávka anestetika, aby mohl lékař bezbolestně odstranit jehly z tkáně prsu.

3. Rizika zdravotního výkonu:

Zejména:

- krvácení (vzácně),
- přechodný otok prsu,
- modřiny (hematom).

4. Alternativy zdravotního výkonu:

- Dlouhodobější ozařování ze zevnějška.

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): individuální, neodvisí od výkonu, ale od další komplexní léčby karcinomu prsu a rozsahu onemocnění

Předpokládaná omezení v běžném způsobu života: dočasně mohou být na kůži vidět vpichy po jehlách. Může dojít ke vzniku fibrotických změn uvnitř prsu.

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):

- Po výkonu klid na lůžku několik hodin.
- Kontrola Vám bude určena po dokončení celé léčby.

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