



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 – VÁLEC (POOPERAČNÍ OZÁŘENÍ POCHVY S POMOCÍ VÁLCE)

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

- Karcinom těla děložního, stav po operaci.

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

Vážená paní,

součástí léčby Vašeho nádorového onemocnění je lékařské ozáření pomocí HDR brachyterapie (tzn. s vysokým dávkovým příkonem). Cílem tohoto léčebného postupu je zamezení jeho opětovného růstu.

Na aplikačním sále/ozářovně Vám bude do pochvy zaveden aplikátor v podobě válce, do něhož se pak automaticky zavádí zářič pomocí dálkově ovládaného ozařovacího přístroje.

Po vyšetření lékařem, absolvujete plánovací CT se zavedeným vaginálním aplikátorem, které slouží k přípravě ozařovacího plánu. Po jeho zhodnocení a schválení lékařem se pak na ozařovně/sále aplikátor připojí 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 zářič zajede zpět do stíněné hlavičky ozařovacího přístroje.

Po celou dobu ozařování zůstanete na aplikačním sále sama, přičemž budete trvale sledována na obrazovce televize z vedlejší místnosti. Prostřednictvím mikrofону se můžete dorozumívat s personálem. Je třeba, abyste zůstala v neměnné poloze a nesahala na žádné přírodní hadice. Po skončení ozařování Vám aplikátor odstraníme.

Výkon se provádí bez narkózy. Kromě mírného tlaku v pochvě při zavádění aplikátoru je výkon nebolestivý.

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 (rozsah operace, zevní ozařování, chemoterapie).
- Po ukončení celého pooperačního ozařování bude stanoven termín kontroly na ambulanci brachyterapie.

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