



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 ENDOLUMINÁLNÍ BRACHYTERAPIE (VNITŘNÍ OZÁŘENÍ) JÍCNU

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

- Karcinom jícnu.

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

Vážená paní, vážený pane,

součástí léčby Vašeho nádorového onemocnění je lékařské ozáření pomocí HDR brachyterapie (tzn. s vysokým dávkovým příkonem). Účelem tohoto výkonu je zvýšit dávku záření v nádoru a dosáhnout tak jeho zmenšení a zlepšení průchodnosti jícnu.

Je třeba, abyste se k výkonu dostavil/a nalačno (od půlnoci nejíst, nepít, nekouřit).

Na operačním sále Vám po místním znecitlivění kořene jazyka a vchodu hltanu bude provedeno endoskopické vyšetření jícnu, aby bylo upřesněno místo, kde nádor leží. Potom bude skrz endoskop zaveden do jícnu tenký vodící drát, přes který se nasune tenký aplikátor v podobě plastické hadičky. Následně budete transportován/a na počítačovou tomografii (CT), kde Vám bude provedeno vyšetření. Snímky z tohoto vyšetření slouží k přípravě a výpočtu ozařovacího plánu. Po kontrole ozařovacího plánu, zhodnocení rozložení dávky záření a schválení lékařem, bude na operačním sále/ozařovně zahájeno vlastní ozáření. Konec aplikátoru bude připojen pomocí převodní hadice 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 zpět do stíněné hlavice ozařovacího přístroje.

Po celou dobu ozařování zůstanete na aplikačním sále sám/a, přičemž 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 přívodní hadice. Po skončení ozařování Vám aplikátor z jícnu vytáhneme.

3. *Rizika zdravotního výkonu:*

- Zejména krvácení z nádoru.

4. *Alternativy zdravotního výkonu:*

- Dlouhodobější zevní ozařování.

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: lze provádět ambulantně.

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

Předpokládaná omezení v běžném způsobu života: zhoršené polykání po dobu několika dní až 4 – 6 týdnů po ozařování.

Předpokládané změny zdravotní způsobilosti: závisí na celkovém stavu onemocnění.

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

- Doporučujeme měkkou, případně až tekutou stravu, nedráždivou, a to jak během ozařování, tak po jeho skončení až do vymizení potíží.
- Pohybový režim závisí na celkovém stavu pacienta.
- Po ukončení komplexní léčby (pokud je ještě zevní ozařování, chemoterapie) Vám bude stanoven termín kontroly.

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.