



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 POVRCHOVÁ BRACHYTERAPIE – MULÁŽ (KONTAKTNÍ OZÁŘENÍ KŮŽE)

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

- Karcinom kůže.

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). Cílem tohoto léčebného postupu je vyléčení Vašeho nádoru kůže a zamezení jeho dalšího růstu.

Při první návštěvě provedeme zaměření nádorového ložiska. K ozáření bude použit kovový aplikátor či Vám bude zhotovena individuální muláž ze speciálního termoplastického materiálu. S připravenou muláží absolvujete vyšetření pomocí počítačové tomografie (CT), které slouží k přípravě a výpočtu ozařovacího plánu.

Vlastní ozařování bude probíhat na aplikačním sále/ozařovně, kde Vám muláž či aplikátor přiložíme na ozařovanou oblast, zafixujeme a připojíme pomocí přenosových hadic k ozařovači. Po celou dobu ozařování zůstanete na aplikačním sále sám/a, ale budete trvale sledován/a na monitoru z vedlejší místnosti. Prostřednictvím mikrofónu se můžete dorozumívat s personálem. Je třeba, abyste zůstal/a v neměnné poloze a nedotýkal/a jste se aplikátoru ani přenosových hadic.

Záříč se postupně přemístí do aplikátoru či katétrů muláže a bude se v nich pohybovat podle ozařovacího plánu. Po uplynutí naplánovaného ozařovacího času zajede záříč opět do stíněné hlavičky ozařovacího přístroje. Po skončení ozařování bude muláž z kůže odstraněna. Ozařování se provádí v několika (nejčastěji 10) sezeních, obvykle během 2 týdnů.

3. *Rizika zdravotního výkonu mohou být zejména:*

- Akutní - poradiační reakce na kůži – erytém (začervenání), vlhká deskvamace (olupování kůže).
- Pozdní:
 - katarakta (šedý zákal) při ozařování v těsné blízkosti očí,
 - trvalá alopecie (nadměrné vypadávání vlasů) při ozařování ve vlasaté části hlavy,
 - zesvětlení kůže ozařované oblasti.

4. *Alternativy zdravotního výkonu:*

- Zevní ozařování anebo rozsáhlejší operace.

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): obvykle není nutná.

Předpokládaná omezení v běžném způsobu života: ošetřování reakce na kůži po dobu až několika týdnů s nutností krytí, nutnost chránit ozářenou plochu před prudkým sluněním, před mrazem a mechanickým drážděním.

Předpokládané změny zdravotní způsobilosti: nepředpokládají se.

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

- Následkem ozáření se po jeho ukončení objeví na kůži tzv. poradiační reakce ve formě zarudnutí či vlhké deskvamace kůže.
- Již před zahájením terapie budete poučena o vhodném ošetřování kůže a přípravcích.
- Během ozařování a po něm je nutné chránit ozářenou plochu před prudkým osluněním, před mrazem a mechanickým drážděním.
- Při ukončení léčby 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. Pacient/zákonný zástupce pacienta byl seznámen s plánovaným způsobem anestézie (sedace), bude-li použita.

Prohlášení lékaře, bude-li pacientovi implantován zdravotnický prostředek:

Prohlašuji, že jsem poskytl/a pacientovi/zákonnému zástupci pacienta podrobnou informaci obsahující údaje, které umožňují identifikaci zdravotnického prostředku (včetně jeho příslušenství), který bude u pacienta implantován, spolu s pokyny týkajícími se bezpečnosti pacienta a jeho chování, včetně toho, kdy má pacient vyhledat lékaře a kterým vlivům prostředí by se neměl vystavovat vůbec nebo jen při dodržování vhodných preventivních opatření.

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