



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) POCHVY

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

- Karcinom pochvy.

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

Vážená paní,

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

Účelem tohoto výkonu je samostatně či v kombinaci se zevní radioterapií zvýšení dávky záření v nádoru a dosažení jeho zmenšení nebo úplného vymizení.

Výkon bude proveden v celkové anestezii, proto je nutné, abyste se dostavila k výkonu nalačno (od půlnoci nejíst, nepít, nekouřit) a řádně vyprázdněná.

Na operačním sále/ozařovně Vám budou v krátkodobé celkové anestezii zavedeny kovové či plastové jehly do nádoru v pochvě. Po Vašem probuzení bude provedeno rentgenové ověření polohy jehel a následně budete transportována na počítačovou tomografii (CT), případně magnetickou rezonanci (MRI). Zde Vám bude provedeno vyšetření sloužící k přípravě ozařovacího plánu. Po jeho výpočtu a schválení bude zahájeno vlastní ozařování. Konce jehel budou 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 opět do stíněné hlavičky ozařovacího přístroje.

Po celou dobu ozařování zůstanete na aplikačním sále sama, ale budete trvale sledována na monitoru z vedlejší místnosti. Prostřednictvím mikrofону se můžete dorozumívat s personálem. Je třeba, abyste zůstala v neměnné poloze a nesahala na žádné přívodní hadice. Po skončení ozařování Vám budou jehly v krátké anestezii odstraněny.

3. *Rizika zdravotního výkonu:*

- Zejména krvácení z nádoru (vzácně).

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:*

- Výkon je součástí komplexní léčby zářením.

Předpokládaná doba hospitalizace: 1 den.

Předpokládaná doba trvání pracovní neschopnosti (předpokládaná doba, po kterou pacient nebude schopen vykonávat své studium): v závislosti od další léčby a stavu onemocnění.

Předpokládaná omezení v běžném způsobu života: nepředpokládá se.

Předpokládané změny zdravotní způsobilosti: nevztahuje se k samotnému výkonu.

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

- Po provedeném výkonu v narkóze je nutný klid na lůžku k dospání (3 hodiny).
- Po dobu ozařování je vhodné vynechat vanové koupele a pouze se sprchovat, pít dostatek tekutin a jíst neдрáždivou stravu.

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