



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 BRACHYTERAPIE (NITROTKÁŇOVÉ OZÁŘENÍ) PROSTATY

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

- Karcinom prostaty.

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

Vážený pane,

Vaše onemocnění vyžaduje kombinované ozařování pomocí zevní radioterapie a HDR brachyterapie (tzn. s vysokým dávkovým příkonem). Cílem tohoto postupu je navýšit dávku záření do nádoru a zajistit jeho vyléčení. Výkon se provádí ve svodné nebo celkové anestezii. Večer před výkonem bude na lůžkovém oddělení zajištěno vyprázdnění Vašich střev, od půlnoci nesmíte jíst, pít, kouřit ani žvýkat. Před výkonem si, prosím, sundejte hodinky, prsteny. Pokud používáte zubní protézu, před výkonem ji vyndejte

Na operačním sále/ozařovně Vám budou do prostaty zavedeny tenké kovové jehly. Celá aplikace je prováděna ve spolupráci s urologem. Jehly jsou zaváděny do prostaty pod kontrolou ultrazvukové sondy zavedené do konečníku, aby byly co nejlépe umístěny za účelem dostatečného ozáření nádoru a zároveň co největšího šetření močové trubice, konečníku a močového měchýře. Výkon trvá přibližně 3 hodiny. Samotné zavedení jehel trvá krátce, delší dobu trvá prověřování a kontrola jejich umístění a poté výpočet ozařovacího plánu, proto prosíme o Vaši trpělivost.

Po výpočtu ozařovacího plánu fyzikem, zhodnocení rozložení dávky záření a schválení lékařem 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 přemísť 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 sám, ale budete trvale sledován na monitoru z vedlejší místnosti. Prostřednictvím mikrofonu se můžete dorozumívat s personálem. Je třeba, abyste zůstal v neměnné poloze a nesahal na žádné přírodní hadice. Po skončení ozařování lékař odstraní z tkáně jehly v analgosedaci.

Pokud se při první aplikaci ukáže, že rozložení dávky je s ohledem na Vaše anatomické poměry velmi výhodné pro vyléčení nádoru, bude stejná aplikace provedena za 2 – 3 týdny. Účelem daného postupu je cílené zvýšení dávky záření uvnitř prostaty a tím zvýšení pravděpodobnosti vyléčení nádoru.

3. *Rizika zdravotního výkonu mohou být zejména:*

- krvácení;
- potíže s močením
 - akutní: pálení, bolesti,
 - pozdní: zúžení močové trubice;
- bolest v konečníku, krvácení z konečníku.

4. *Alternativy zdravotního výkonu:*

- Dlouhodobější ozařování ze zevnějšíku.

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:*

- Častější nucení na močení, na stolicí (ve většině případů časově omezené).

Předpokládaná doba hospitalizace: 2 dny.

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

Předpokládaná omezení v běžném způsobu života: eventuelně častější nucení na močení, na stolicí (ve většině případů časově omezené).

Předpokládané změny zdravotní způsobilosti: závisí od výsledků celkové léčby.

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

- Po výkonu je třeba zachovat klid na lůžku po dobu několika hodin, přijímat dostatečné množství tekutin, nedráždivou stravu.
- Po skončení celého ozařování Vám bude určen termín kontroly na našem oddělení. Budete rovněž kontrolován urologem, který Vás k léčbě odeslal. Součástí kontrolních vyšetření je pravidelné sledování nádorového markeru PSA.

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