



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) SARKOMŮ MĚKKÝCH TKÁNÍ

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

- Sarkomy měkkých tkání.

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 výkonu je ozáření lůžka nádoru, který Vám byl odoperován a zabránění jeho dalšímu novému růstu. Během operace Vám byly do tkáně postižené nádorem umístěny plastické hadičky (katétry), které budou sloužit pro umístění zářiče. Konce katetrů jsou vyvedeny zevně mimo kůži, a proto je další postup prováděn již bez anestézie.

Před zahájením ozařování je nutné provést pečlivé naplánování rozložení dávky záření. Několik dní po operaci absolvujete vyšetření na počítačové tomografii (CT). Snímky z tohoto vyšetření slouží k přípravě a výpočtu ozařovacího plánu. Vlastní ozařování bude probíhat na ozařovacím sále. Konce katetrů budou připojeny pomocí přenosových hadic k ozařovacímu přístroji, ve kterém je uložen zářič. Pohyb zářiče je dálkově řízen počítačem z vedlejší místnosti. Zářič se postupně přemístí do jednotlivých katetrů, v nichž se pohybuje podle ozařovacího plánu. Po uplynutí naplánovaného ozařovacího času zajede zářič zpět do stíněné hlavičky ozařovacího přístroje.

Po celou dobu ozařování zůstanete na aplikačním sále sám/a, ale budete trvale sledován/a na monitoru z vedlejší místnosti. Prostřednictvím mikrofonu se můžete dorozumívat s personálem. Je třeba, abyste zůstal/a v neměnné poloze a nesahal/a na žádné přívodní hadice. Po skončení ozařování budou plastické katétry ponechány v tkáni, aby bylo možno ozařování opakovat vícekrát. Budete převezen/a na lůžkové oddělení. Ozařování se bude provádět dvakrát denně – vždy ráno a odpoledne. Na zavedené katétry nesmíte sahat a musíte být velmi opatrný/á, aby nedošlo k jejich zalomení. Po poslední frakci ozařování Vám budou katétry z tkáně šetrně odstraněny v analgosedaci.

3. Rizika zdravotního výkonu:

- Zejména infekce, otok.

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 chirurgické + zevní radioterapie.
- Pohybový režim během doby, kdy máte zavedené hadičky ve tkáni a jste ozařován/a, se řídí podle ozařovaného místa (můžete např. jen ležet, nebo sedět, případně se pohybovat po svém pokoji). Pohybový režim Vám bude individuálně sdělen.

Předpokládaná doba hospitalizace: po dobu ozařování brachyterapií, tj. 1 – 2 týdny.

Předpokládaná doba trvání pracovní neschopnosti (předpokládaná doba, po kterou pacient nebude schopen vykonávat své studium), předpokládaná omezení v běžném způsobu života a předpokládané změny zdravotní způsobilosti: závisí na stavu onemocnění a rozsahu provedené chirurgické léčby.

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

- Po skončení léčby zářením budete kontrolován/a radiačním onkologem a ortopedem podle stanovených termínů, kteří také stanoví doplňující kontrolní vyšetření, např. pomocí magnetické rezonance.

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