



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 UTEROVAGINÁLNÍ APLIKACE BRACHYTERAPIE („VNITŘNÍ“ OZÁŘENÍ DĚLOHY A POCHVY)

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

- Karcinom hrdla děložního.

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 prováděného výkonu je cílené zvýšení dávky záření v nádoru za současného šetření okolních zdravých tkání. Tento výkon je nezbytný, má-li být dosaženo úplného vyléčení nádoru čípku děložního nebo alespoň zlepšení nálezu. 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 budete uvedena do krátkodobé celkové anestezie. Do dělohy a do pochvy Vám bude poté zaveden speciální aplikátor. Součástí výkonu je rovněž zavedení cévky do močového měchýře. Po probuzení z anestezie budete na lůžku transportována na magnetickou rezonanci (MRI), případně počítačovou tomografii (CT). Zde Vám bude provedeno vyšetření, které slouží k přípravě ozařovacího plánu. Po jeho výpočtu a schválení bude na operačním sále zahájeno vlastní ozařování. Konce aplikátoru budou připojeny pomocí přenosových trubic k ozařovacímu přístroji, ve kterém je uložen zářič. Pohyb zářiče v aplikátoru probíhá podle ozařovacího plánu a je dálkově řízen počítačem z vedlejší místnosti. Po uplynutí naplánovaného ozařovacího času zajede zářič zpět do kontejneru ozařovacího přístroje.

Po celou dobu ozařování zůstanete na aplikačním sále sama, ale budete trvale sledována na monitoru z vedlejší místnosti. Prostřednictvím mikrofonu se můžete dorozumívat s personálem. Je třeba, abyste zůstala v neměnné poloze a nesahala na žádné přírodní hadice. Po skončení ozařování budete opět uvedena do krátké anestezie a bude Vám odstraněn aplikátor i cévka z močového měchýře. Poté budete převezena zpět na lůžkové oddělení.

3. *Rizika zdravotního výkonu:*

Zejména:

- pálení při močení, častější močení;
- vaginální krvácení.

4. *Alternativy zdravotního výkonu:*

- Pro dosažení uspokojivého výsledku léčby je výkon nenahraditelný; jen částečně může být nahrazen zvýšenou dávkou zevního 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: 1 den.

Předpokládaná doba trvání pracovní neschopnosti (předpokládaná doba, po kterou pacient nebude schopen vykonávat své studium): výkon je součástí léčby zářením, tj. i ozařování ze zevnějšíku, které trvá celkem asi 7 týdnů.

Předpokládaná omezení v běžném způsobu života: vynechat vanové koupele, pouze se sprchovat po dobu léčby zářením. Vynechat pohlavní styk do doby zhojení nádoru a odeznění poradiační reakce (tj. alespoň do 1. kontroly po skončeném ozařování).

Předpokládané změny zdravotní způsobilosti: závisí na tom, jak rozsáhlé nádorové onemocnění bylo a jakého léčebného výsledku bylo dosaženo.

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

- Po výkonu klid na lůžku po dobu několika hodin, poté dostatečný přívod tekutin, vynechat dráždivou a tučnou stravu.
- Po ukončení celkové léčby Vám bude určen termín kontroly. Na kontroly budete zvána v pravidelných intervalech, které se s dobou uplynulou od ozařování postupně prodlužují.

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.