



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 ENDOLUMINÁLNÍ BRACHYTERAPIE ŽLUČOVODŮ („VNITŘNÍ“ OZAŘOVÁNÍ ŽLUČOVÝCH CEST)

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

- Karcinom žlučových cest.

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

Vážená paní, vážený pane,

součástí léčby Vašeho onemocnění je lékařské ozáření pomocí HDR brachyterapie (tzn. s vysokým dávkovým příkonem). Slouží k cílenému ozáření nádoru žlučových a zabránění jeho dalšího růstu. Lékaři-radiology Vám byla provedena drenáž žlučových (zavedení tenkých hadiček odvádějících žluč). Do těchto hadiček budou zaváděny aplikátory (tenké katétrů) sloužící k ozařování. Tyto aplikátory budou zaváděny bez celkové anestezie na aplikačním sále.

Jejich poloha bude následně vždy ověřena pomocí rentgenu a případně upravena tak, aby bylo přesně stanoveno místo pro ozáření. Po potvrzení správné pozice aplikátoru, po výpočtu ozařovacího plánu fyzikem, zhodnocení rozložení dávky záření a schválení lékařem, budou konce aplikátorů připojeny k ozařovacímu přístroji, ve kterém je uložen zářič. Pohyb zářiče je dálkově řízen počítačem z vedlejší místnosti. Zářič se postupně přemísť do jednotlivých aplikátorů, v nichž se pohybuje podle ozařovacího plánu. Po uplynutí naplánovaného ozařovacího času zajede zářič zpět do stíněné hlavice ozařovacího přístroje.

Po celou dobu ozařování zůstanete na aplikačním sále sám/a, ale jste trvale sledován/a na monitoru z vedlejší místnosti. Prostřednictvím mikrofónu se můžete dorozumívat s personálem. Je třeba, abyste zůstal/a v neměnné poloze a nesahal/a na žádné přívodní hadice. Po skončeném ozařování vytáhneme aplikátory ze zavedených hadiček. Hadičky zůstanou v žlučovodech zavedeny pro další frakce ozařování a také pro odvádění žluči v době mezi jednotlivými frakcemi.

Ozařování bude prováděno 2 – 3 x týdně, celkem 5 – 7 x.

3. Rizika zdravotního výkonu:

Zejména:

- infekce,
- krvácení z nádoru.

4. Alternativy zdravotního výkonu:

- Pouhé zavedení katétrů, které roztáhnou žlučovody (ale nádor neléčí).

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: po dobu provádění aplikací brachyterapie (asi 2 týdny).

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

Předpokládaná omezení v běžném způsobu života: během ozařování omezený pohyb na lůžkovém pokoji. Případná omezení po skončené léčbě závisí na stavu onemocnění.

Předpokládané změny zdravotní způsobilosti: závisí na stavu onemocnění.

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

- Výkon je vhodné provádět v několikahodinovém odstupu po posledním jídle. Pít můžete.
- Po výkonu je vhodný klid na lůžku 1 – 2 hodiny.
- Několikrát denně vypouštění žluči z katétrů do sáčku zajišťuje zdravotní sestra na lůžkovém oddělení.
- Doporučujeme dietní stravu.
- Po skončení léčby Vám bude určen 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.

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