



Onkologie 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 OZAŘOVÁNÍ NÁDORŮ V DUTINĚ BŘÍŠNÍ

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

- Nádory v dutině břišní (maligní lymfom, seminom, sarkom).

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

Vážená paní, vážený pane

součástí léčby Vašeho onemocnění je lékařské ozařování. Jeho cílem je samostatně či v kombinaci s cytostatickou léčbou vyléčit nádorové onemocnění, zabránit jeho opětovnému vzniku, dalšímu růstu či se jedná o preventivní ozáření mízních uzlin. Ke zničení nádorových buněk se používá ionizující záření jednoho z našich tří lineárních urychlovačů.

Při první návštěvě našeho oddělení absolvujete zaměření (lokalizaci) na výpočetním tomografu (CT simulátor). V kabině si odložíte dle instrukcí radiologického asistenta a budete uloženi na vyšetřovací stůl za použití polohovacích pomůcek. Následně bude provedeno CT vyšetření celé dutiny břišní a malé pánve. Snímky získané při tomto vyšetření budou využity k přesnému naplánování ozařovaného objemu a výpočtu ozařovacího plánu. Po zhotovení vyšetření Vám na kůži nakreslíme značky, které slouží k nastavení při ozařování. Tyto značky si nesmývejte. Při jejich smazávání je obtáhněte ve stejném místě fixem. Na CT simulátoru bude zhotovena fotografie Vašeho obličeje, která slouží pouze k Vaší identifikaci na ozařovači.

K zahájení vlastního ozařování budete pozván/a na určitý den a hodinu na příslušný lineární urychlovač. První den Vám radiologičtí asistenti stanoví čas, ve který pak budete pravidelně v každý všední den docházet na léčbu. Při prvním ozáření bude přítomen lékař, který zkontroluje Vaši ozařovací polohu a všechny důležité parametry ozáření.

Před ozářením budete pozván/a do kabinky, kde si odložíte jako na CT simulátoru, pak budete vyzván/a do ozařovny, kde se položíte na ozařovací stůl do stejné polohy a za použití stejných polohovacích nebo fixačních pomůcek jako při přípravě k záření. Radiologičtí asistenti nastaví ozařovací stůl s Vámi tak, aby se zaměřovací lasery v ozařovně protínaly se značkami na kůži. Poté prosím setrvejte v nastavené poloze. Po odchodu asistentů z ozařovny je zahájeno vlastní ozařování, kterému bude předcházet kontrolní snímek Vaší polohy na ozařovacím stole. Po celou dobu záření můžete volně dýchat, v žádném případě se však nehýbejte. V průběhu ozáření nebudete nic cítit, nedejte se prosím rušit technickými zvuky přístroje. Po celou dobu, kdy budete v ozařovně, Vás radiologičtí asistenti sledují průmyslovou kamerou a v případě potřeby s Vámi mohou komunikovat. V případě nutnosti lze záření přerušit a radiologičtí asistenti za Vámi ihned přijdou do ozařovny. Vlastní jedno ozáření trvá několik minut až několik desítek minut podle složitosti ozařovací techniky. Po skončení ozáření vyčkejte příchodu a pokynů radiologického asistenta.

3. *Rizika zdravotního výkonu:*

- Ozařování v oblasti dutiny břišní může být provázeno zejména celkovou únavou, nevolnostmi či zvracením. Při nutnosti ozařovat velký objem dutiny břišní Vám budou dopředu předepsány léky proti zvracení, které si budete brát před ozařováním. Někdy se zažívací obtíže mohou projevit pouze nechutenstvím, či se neprojeví vůbec. Od 2. až 3. týdne může být Vaše léčba provázena i průjmami a plynatostí. Pokud se současně ozařuje i oblast malé pánve, dochází k podráždění močového měchýře, které se může projevit častějším močením. Pokud se přidá infekce, pak se objeví i pálení a křeče v oblasti močového měchýře.
- Z celkových obtíží může být záření v oblasti dutiny břišní provázeno zvýšenou únavností.
- K pozdním následkům, které se mohou objevit za 3 měsíce a déle po skončení radioterapie, řadíme chronické průjmomy, které mohou být provázeny krvácením do stolice, změny ve stěně střev mohou vést k jejich zúžení.
- Při nutnosti aplikovat vyšší dávky záření a ozařovat v blízkosti ledvin, je nutno před zahájením léčby zářením doplnit vyšetření funkce ledvin, protože v některých případech nelze vyloučit trvalé poškození funkce jedné ledviny. O možnosti tohoto rizika budete vždy předem informováni Vaším ošetřujícím lékařem. Jako pozdní komplikace léčby zářením se může také objevit zúžení močovodů, které může vést ke zhoršení odtoku moče z ledvin (městnání).

4. Alternativy zdravotního výkonu:

- chirurgický výkon, pokud je to možné (sarkomy),
- chemoterapie (onemocnění mízních uzlin).

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: Hospitalizace většinou není nutná. Léčba zářením probíhá téměř vždy ambulantně. O nutnosti hospitalizace rozhodne Váš ošetřující lékař a bude Vás o tom informovat.

Předpokládaná doba trvání pracovní neschopnosti (předpokládaná doba, po kterou pacient nebude schopen vykonávat své studium): V průběhu léčby trvající 3 – 5 týdnů a do ústupu nežádoucích účinků léčby ozařováním (od 2 do 4 týdnů) můžete mít potíže, které mohou ovlivnit Vaši schopnost pracovat. Poradte se se svým ošetřujícím lékařem o pro Vás vhodném postupu.

Předpokládaná omezení v běžném způsobu života: V průběhu léčby trvající 3 – 5 týdnů a do ústupu nežádoucích účinků léčby ozařováním (od 2 do 4 týdnů) můžete mít potíže, které mohou ovlivnit Vaši obvyklou každodenní činnost. Poradte se se svým ošetřujícím lékařem o pro Vás vhodném postupu.

Předpokládané změny zdravotní způsobilosti: V případě výskytu vedlejších účinků (viz výše) můžete pocítit určité omezení. Kontaktujte Vašeho ošetřujícího lékaře, který Vám doporučí vhodná opatření.

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

- Důležité je dodržovat během léčby správnou životosprávu, to znamená nekouřit, nepít alkohol, jíst pestrou stravu dostatečně bohatou na energii, bílkoviny, vitamíny a minerály. Doporučujeme vyloučit ze stravy tučná, smažená, dráždivá, a hlavně nadýmavá jídla (kořeněná jídla, okurky, zelí, kapusta, květák, paprika, cibule, všechny druhy luštěnin, celozrnné pečivo). Dbejte na pravidelný a dostatečný pitný režim (voda, čaje, minerálky, polévky atd.).
- Při výrazném nechutenství, nevolnostech, zvracení a hubnutí je vhodné použití doplňků zvláštní výživy, s jejímž výběrem Vám pomůže Váš ošetřující lékař.
- Po skončení terapie budete pravidelně sledován/a a budou Vám prováděna kontrolní vyšetření dle standardních postupů.

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.