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

PALIATIVNÍ HEMOSTYPTICKÉ OZÁŘENÍ

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

-

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

Vážená paní, vážený pane,

pro význačné krvácení z Vašeho zhoubného nádoru, které je velmi obtížně ovlivnitelné podáváním léků proti krvácení nebo protinádorových léků (chemoterapie, hormonální terapie, cílená terapie), je nutno u Vás provést tzv. hemostyptické ozáření. Jedná se o ozáření nádoru jednorázovou vysokou dávkou, které se event. opakuje ještě jednou za 1 – 2 týdny (celkem tedy 2 x). Záření svým působením na nádorovou tkáň krvácení zastaví. Protože se jedná o akutní léčebný zákrok, 1. dávka záření je podána do 48 hodin po Vaší první návštěvě na ozařovnách.

Při první návštěvě našeho oddělení absolvujete zaměření (lokalizaci) na výpočetním tomografu (CT simulátor). V kabince si odložíte dle instrukcí radiologického asistenta a budete uloženi na vyšetřovací stůl za použití polohovacích pomůcek. Následně bude provedeno CT vyšetření požadované oblasti. 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 ozáření budete pozván/a na určitý den a hodinu na jeden z našich tří lineárních urychlovačů. Před ozářením budete pozván/a do kabinky, kde si odložíte jako na CT simulátoru, pak přejdete do ozařovny, kde se položíte na ozařovací stůl do stejné polohy. Radiologičtí asistenti nastaví ozařovací stůl s Vámi tak, aby se nastavovací lasery v ozařovně protínaly se značkami na kůži. Poté prosím setrvejte v nastavené poloze. Při uložení na ozařovací stůl a nastavení do ozařovací polohy bude přítomen lékař, který zkontroluje všechny důležité parametry ozáření. 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. Záření jako takové nebudete vnímat, 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 telefonicky 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 mohou být zejména:

- Po ozáření můžete cítit nevolnost, může se objevit zvracení. Před hemostyptickým ozářením v oblasti dutiny břišní je doporučeno podat léky proti zvracení.

4. Alternativy zdravotního výkonu:

- Operační nebo embolizační zákrok na cévách vyživujících nádor, tzn. přerušení výživy nádoru chirurgickým přerušením cév nebo vstříknutím speciální látky, která vyživovací cévy uzavře a tím přeruší přítok krve do nádoru. Oproti hemostyptickému ozáření je „operační nebo embolizační zákrok na cévách vyživujících nádor“ náročnější a efekt nastupuje později než po léčbě hemostyptickým ozářením.
- Léky proti krvácení – jejich účinek je však ve srovnání s hemostyptickým ozářením krátkodobý
- Systémová protinádorová léčba (chemoterapie, hormonální léčba, cílená terapie) - efekt nastupuje později než po léčbě hemostyptickým ozářením.

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:

- Omezení způsobu života je dáno rozsahem Vašeho zhoubného onemocnění.

Předpokládaná doba hospitalizace: závisí na Vašem celkovém zdravotním stavu, pro ozařování není nutná.

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

Předpokládaná omezení v běžném způsobu života: závisí na Vašem celkovém zdravotním stavu.

Předpokládané změny zdravotní způsobilosti: závisí na Vašem celkovém zdravotním stavu.

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

- Doporučujeme klidový režim, omezit fyzickou aktivitu.

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, uvede 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.