



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 NÁDORU PROSTATY

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

- Nádor prostaty.

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

Vážený pane,

součástí léčby Vašeho onemocnění je lékařské ozařování oblasti malé pánve, které by mělo trvat kolem 6 – 8 týdnů. Velikost ozařované oblasti je dána rozsahem Vašeho onemocnění a charakterem Vaší léčby zářením. Léčba zářením má zamezit dalšímu nebo opětovnému růstu Vašeho nádoru. Ke zničení nádorových buněk se používá ionizujícího 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. Během celého ozařování je velice důležité standardní naplnění močového měchýře a konečníku, což jsou orgány bezprostředně v blízkosti ozařovaného pole. Prosíme, řiďte se režimovými opatřeními uvedenými níže. Následně bude provedeno CT vyšetření 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 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 do kabinky, kde si odložíte jako na CT simulátoru, pak budete vyzván 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. Délka, kterou strávíte každý den v ozařovně, se může lišit, protože kromě denního ozáření se denně kontroluje poloha prostaty, náplň konečníku a močového měchýře. K Vaší správné přípravě na ozáření jsme připravili doporučení, které najdete na konci tohoto informovaného souhlasu v kapitole „Režimová opatření při ozařování prostaty“. Po skončení ozáření vyčkejte příchodu a pokynů radiologického asistenta.

Během léčby zářením budete 1 x týdně kontrolován Vaším ošetřujícím lékařem na ozařovnách.

Součástí onkologické léčby některých nádorů prostaty bývá také ovlivnění hladiny nebo působení mužských pohlavních hormonů na buňky prostaty (tzv. hormonální terapie). Přesný rozpis pokyny a event. léků dostanete od Vašeho ošetřujícího lékaře na ozařovnách.

3. *Rizika zdravotního výkonu:*

Mezi časné reakce, k nimž většinou dochází od 3. týdne léčby patří zejména:

- únava a slabost: může se vyskytnout několik hodin po ozáření jako celková tělesná reakce a nejlepší je na chvíli si odpočinout. Příčinou únavy může být i snížený počet červených krvinek, proto svého lékaře na případnou únavu upozorněte.;
- průjem;
- bolestivé nucení na stolicí.

Některé potíže mohou přetrvávat dlouho, a za 3 měsíce mohou přejít do chronických komplikací. Jedná se zejména o:

- průjem;
- bolestivé nucení na stolicí;
- zvýšený odchod hlenů z konečníku;
- zhoršení udržení stolice;
- výjimečně krvácení z konečníku nebo zúžení střeva;
- časté a bolestivé močení;
- omezení kapacity močového měchýře;
- zúžení močové trubice;
- krvácení do moče;
- snížená odolnost k močovým infekcím;
- zhoršení potence.

4. Alternativy zdravotního výkonu:

- chirurgický výkon,
- „pozorné sledování“ (tj. bez léčby, jen kontroly dle ošetřujícího lékaře).

Podle našich zjištění jsou pro Vás tyto alternativy méně vhodné a jsou méně účinné než 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: hospitalizace většinou není nutná. Výkon lze provádět 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 trvajících 6-8 týdnů a do ústupu potíží (od 1 týdne do většinou 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 trvajících 6 – 8 týdnů a do ústupu potíží (od 1 týdne do většinou 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 určitá 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):

„Režimová opatření při ozařování prostaty“

Nežádoucí účinky ozařování lze eliminovat velkou měrou dodržováním režimových opatření:

- k plánovacímu CT se dostavte s vyprázdněným konečníkem a mírně naplněným močovým měchýřem. K vyprázdnění konečníku lze použít glycerinové čípky (volně prodejné v lékárně). Mírně naplněného močového měchýře dosáhnete nejlépe takto: 30 – 45 minut před plánovacím CT se půjdete vymočit a ihned poté vypijete alespoň 500 ml tekutiny. Znovu se pak půjdete vymočit až po provedení plánovacího CT. Na plánovací CT není nutné se dostavit nalačno, proto se klidně doma před vyšetřením najezte.
- náplň močového měchýře a vyprázdnění konečníku je stejně důležité při **každém** ozáření. Žadoucí náplň močového měchýře dosáhnete **identickým postupem**, jak je uvedeno výše (tj. vymočením se 30 – 45 minut před ozářením a následným bezprostředním vypitím 500 ml tekutiny). Vymočit se půjdete opět až po ozáření. Pokud máte problém s pravidelným vyprazdňováním stolice, použijte v den ozařování ráno glycerinový čípek.
- Doporučený dietní režim: je vhodné mít ještě před zahájením přípravy ozáření pravidelný stravovací a pitný režim, doporučujeme ho zahájit minimálně 1 týden před plánovacím CT. Při pravidelném stravovacím a pitném režimu budete snadněji předvídat čas a frekvenci stolice. Na ozáření totiž budete docházet ve stejný vami zvolený čas po celou dobu ozařování, a takto lze snadněji dosáhnout našeho požadavku na vyprázdněný konečník. Vyvarujte se nadýmavé stravy a dietních chyb. Pokud to neomezují jiné vaše zdravotní důvody, pijte až 2 litry tekutin denně.

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 lékařem 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.