



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 KONEČNÍKU (RADIOTERAPIE NÁDORU REKTA)

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

- Zhoubný nádor konečnicku.

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 terapií vyléčit nádorové onemocnění, zmenšit rozsah onemocnění před operací, zabránit jeho opětovnému vzniku nebo dalšímu růstu. Velikost ozařované oblasti a délka ozařování je dána rozsahem a charakterem Vašeho onemocnění. O typu Vaší léčby, rozsahu ozařování a o přesném časovém harmonogramu Vás poučí Váš lékař na ozařovnách. 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). Na toto vyšetření a stejně tak k vlastnímu ozařování byste měla mít naplněný močový měchýř a vyprázdněný konečník.

V kabině si odložíte dle instrukcí radiologického asistenta a budete uloženi na vyšetřovací stůl za použití polohovacích pomůcek. 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/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 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.

Během léčby zářením budete 1x týdně kontrolován/a Vaším ošetřujícím lékařem na ozařovnách, pravidelně budete mít prováděnu kontrolu krevního obrazu, eventuálně podrobnější rozbor krve dle rozhodnutí lékaře.

V případě že ozáření absolvujete předoperačně, často se kombinuje s podáváním chemoterapie, která zvyšuje účinky záření. Nejčastěji se jedná o tabletovou formu léků, které se užívají v průběhu celé doby ozařování včetně sobot a nedělí, nebo se může jednat o infuzní podání chemoterapie (to znamená podání do žíly) na stacionáři nebo na našem lůžkovém oddělení. O způsobu podání Vás bude informovat Váš ošetřující lékař.

3. *Rizika zdravotního výkonu mohou být zejména:*

Mezi časné reakce, k nimž většinou dochází od konce 2. týdne či začátku 3. týdne ozařování, patří zejména:

- únava a slabost: může se vyskytnout několik hodin po ozáření jako celková tělesná reakce, příčinou však může být i snížený počet červených krvinek, proto svého lékaře na případnou únavu upozorněte;
- nevolnost;
- nechutenství;
- bolesti břicha, bolestivá defekace;

- průjem;
- zvýšený odchod hlenů z konečnicku;
- v krajním případě tzv. ileosní stav (střevní neprůchodnost);
- časté a bolestivé močení – nebo pálení a řezání u močení;
- při kombinované léčbě se systémovou léčbou kožní reakce kolem konečnicku (zarudnutí, svědění, někdy až mokvání kůže).

Časná reakce na záření odeznívá během 2 – 4 týdnů po skončení ozařování, ale některé symptomy mohou přetrvávat i několik měsíců.

Za 3 – 6 měsíců může dojít k tzv. pozdním poradiačním reakcím, mezi které patří zejména:

- chronické průjmy, imperativní nucení na stolici;
- krvácení z konečnicku;
- zhoršení udržení stolice;
- omezení kapacity močového měchýře;
- snížená odolnost k močovým infekcím.

4. Alternativy zdravotního výkonu:

- Nejsou.

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:

- Možné omezení obvyklého způsobu života je dáno Vaším celkovým stavem, rozsahem onkologického onemocnění, typem operačního výkonu a chronickými komplikacemi po ozáření, pokud vzniknou.

Předpokládaná doba hospitalizace: závisí na celkovém zdravotním stavu pacienta, léčbu lze absolvovat i ambulantně, obvyklá délka ozařování je 1 až 5 týdnů.

Předpokládaná doba trvání pracovní neschopnosti (předpokládaná doba, po kterou pacient nebude schopen vykonávat své studium): závisí na celkovém zdravotním stavu pacienta, vedlejších účincích, délky celé onkologické léčby a výsledcích léčby.

Předpokládaná omezení v běžném způsobu života: vyplývají z vedlejších účinků léčby a závisí na zdravotním stavu pacienta.

Předpokládané změny zdravotní způsobilosti: nelze vyloučit změny zdravotní způsobilosti způsobené vedlejšími účinky léčby a vlastním onemocněním.

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

Doporučujeme klidový režim s dostatečným pobytem na čerstvém vzduchu, ne však na přímém slunci.

Během léčby je důležité dodržovat správnou životosprávu, to znamená nekouřit, nepít alkohol, jíst pestrou a rozmanitou stravu spíše v malých dávkách 5 – 6 x denně dostatečně bohatou na energii, bílkoviny, vitamíny, minerály a stopové prvky. Vhodné je také vyloučit či omezit tučná a smažená jídla, dále pak dráždivá a nadýmavá jídla (kořeněná jídla, okurky, zelí, kapusta, květák, paprika, všechny druhy luštěnin, celozrnné pečivo atd.). Doporučeno je vyhýbat se imunologicky rizikovým potravinám (syrové mléko, mléčné výrobky s živými kulturami, plísňové sýry, uzeniny a syrové maso, syrová vejce atd.). Ovoce a zeleninu před jídlem dobře umyjte, nejlépe oloupejte (nevhodné jsou všechny druhy nezralého ovoce, zelenina nadýmavá, syrová a sterilovaná). Dbejte na pravidelný a dostatečný pitný režim (voda, čaje, mléko, minerálky, polévky).

Oděv by neměl nikde tlačit, obzvláště ne v ozařované oblasti. Není vhodné, aby ozařovaná kůže přicházela do styku s umělohmotnými textilními látkami a aby na ni byl aplikován parfém – to by mohlo vést ke zvýšenému podráždění a tím zhoršení kožní reakce. Kůži neškrábejte, ani nepotírejte pudrem, naopak je vhodné oplachování kůže a mírné promašťování kůže nedráždivým krémem či mastí po ozáření.

Před ozářením by kůže měla být čistá a suchá – promaštění krémem před ozářením by mohlo zvýšit kožní reakci. Nelepte na ozařovanou kůži náplasti. Sprchování či mytí vodou z vodovodu je nezávadné, z mýdel či sprchových gelů jsou vhodné nedráždivé neparfémované výrobky, během záření a do zhojení kožní reakce nejsou vhodné sedací koupele, doporučujeme sprchování, nevhodné je koupání, saunování.

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.