



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 KRANIOSAKRÁLNÍ OSY (MOZKOVNÝ A PÁTEŘNÍHO KANÁLU)

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

- Mozkový nádor s rizikem šíření se mozkomíšním mokem po centrální nervové soustavě.

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 hlavy a páteřního kanálu. Vzhledem k charakteru Vašeho onkologického onemocnění se nádorové buňky mohou šířit mozkomíšním mokem po celé centrální nervové soustavě, a proto je nutno ozářit celou mozkovnu i páteřní kanál. Celková dávka záření bude rozdělena v určitém poměru mezi ozářením celého mozku + páteřního kanálu a cíleným dozářením místa primárního nádoru. Na ozařování budete chodit denně v celkové době 6 – 7 týdnů.

Technika ozáření celého mozku a páteřního kanálu je velmi náročná na přípravu, provádění, přesnost nastavení, a to znamená i na čas. Dvě fáze přípravy trvají kolem 30 – 40 minut, vlastní ozařování pak asi 20 minut. Ke zničení nádorových buněk se používá ionizující záření jednoho z našich tří lineárních urychlovačů.

Při první návštěvě našeho oddělení absolvujete zaměření (lokalizaci) se zhotovením individuální fixační masky na výpočetním tomografu (CT simulátor). Během ozařování je velice důležitá poloha hlavy a trupu, která musí být během celé léčby neměnná. Proto jako první krok při přípravě k záření Vám zhotovíme fixační masku, která bude přidržovat Vaši hlavu k podložce. Masku je z dírkovaného materiálu, který je po namočení do teplé vody tvárný a po následném ztuhnutí vydrží ztvarovaný podle Vaší hlavy. V této masce Vám pak provedeme CT vyšetření hlavy a celého trupu, které slouží k výpočtu ozařovacího plánu.

K zahájení vlastního ozařování budete pozván/a na určitý den a hodinu na příslušný lineární urychlovač. První den Vám radiologičtí asistenti určí 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 simulátoru, pak budete vyzván/a do ozařovny, kde se položíte na ozařovací stůl do stejné polohy a za použití Vaší fixační masky. Radiologičtí asistenti nastaví ozařovací stůl s Vámi tak, aby se nastavovací lasery v ozařovně protínaly se značkami na fixační masce. Poté prosím setrvejte v nastavené poloze. Po odchodu asistentů z ozařovny je zahájeno vlastní ozařování, kterému může 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 desítek minut. Po skončení ozáření vyčkejte příchodu a pokynů radiologického asistenta.

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

Součástí onkologické léčby některých mozkových nádorů je také léčba cytostatiky (chemoterapie). Přesný rozpis léků a pokyny, jak je užívat, dostanete od Vašeho ošetřujícího lékaře na ozařovnách.

3. *Rizika zdravotního výkonu mohou být zejména:*

Protože se při ozáření páteřního kanálu část záření dostává i do dutiny břišní a dráždí zažívací trakt, již při prvním ozáření se objevuje nevolnost a zvracení. Proto Vám budou preventivně předepsány léky proti zvracení. Zhruba během 3. týdne se mohou objevit polykací obtíže a bolesti při polykání za hrudní kostí, kterou jsou dány bolestivým otokem hltanu a jícnu při ozařování míšního kanálu.

Obtíže dané ozařováním hlavy se objevují postupně se vzrůstající dávkou záření, zhruba od 2. poloviny ozařování. V ozařované oblasti mozku může dojít k otoku, který se projeví buď bolestmi hlavy, nebo rozostřeným viděním, nebo zhoršením Vašich neurologických obtíží. Po nasazení nebo zvýšením dávky léků proti otokům (kortikoidy) se stav většinou zlepší.

V posledních 14 dnech ozařování nebo ještě v 1. měsíci po skončení ozařování se často dostaví celková únava, zpomalení životního tempa, apatie, zhoršení nálady. Tento stav je dán reakcí zdravé mozkové tkáně na ozařování, na nutnost odbourávat odumřelé buňky po záření.

Záření způsobí také vypadání vlasů v oblasti vstupu ozařovacích polí, vlasy začínají dorůstat postupně až za několik měsíců po ozáření, na kůži nejbližší k ozařovanému ložisku pak většinou dorostou nedostatečně.

Kůže ozařované oblasti reaguje na záření zčervenáním až zhnědnutím, v citlivých oblastech (ušní boltce, kůže za nimi) pak i bolestivým otokem a mokváním.

Během ozařování může dojít k poklesu bílých krvinek nebo krevních destiček v důsledku ozařování kostní dřevě v obratlových tělech páteře, proto Vám bude v pravidelných intervalech prováděna kontrola krevního obrazu. Všechny výše zmíněné akutní reakce odezní v průběhu 1 měsíce, maximálně do 3 měsíců po skončení ozařování, pouze dorůstání vlasů trvá déle.

K chronickým následkům, které se mohou objevit déle než 3 měsíce po skončení radioterapie, a které jsou závislé hlavně na celkové výši podané dávky záření, na velikosti ozařovaného objemu a oblasti mozku, patří zejména:

- zhoršení paměti, hlavně krátkodobé, zhoršení schopnosti si zapamatovat věci;
- zhoršení zraku, pokud bylo nutno zářit v blízkosti zrakových nervů;
- snížení funkce podvěsku mozkového se změnami hladin hormonů v krvi;
- nedostatečně dorostlé vlasy (prořídle vlasy v oblasti hlavy přilehlé k ozařovanému ložisku);
- na kontrolních snímcích mozku na magnetické rezonanci se tyto změny projeví jako chronický otok nebo tzv. gliosa či radionekroza.

Chemoterapie může být provázena nevolností od žaludku nebo i zvracením, po nasazení příslušných léků tyto obtíže vymizí. Je nutné kontrolovat 1 x týdně krevní obraz, protože během podávání cytostatik by mohlo dojít k poklesu bílých krvinek nebo krevních destiček. Při nedostatečném počtu bílých krvinek se můžete cítit oslabení, máte sníženou obranyschopnost k infekčním onemocněním. Nedostatek krevních destiček se může projevit krvácivými projevy (snadná tvorba modřin, krvácení z nosu, při čištění zubů, drobné červené tečky na kůži trupu či končetin). Během podávání chemoterapie byste měli mít pouze chráněný styk.

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:

- Vzhledem k možným neurologickým obtížím, daným Vaším onemocněním, pooperačnímu stavu a ozařováním se doporučuje pracovní neschopnost a klidový režim. Výjimečně jsou schopni pacienti docházet i během ozařování do práce.

Předpokládaná doba hospitalizace: léčba zářením bude trvat 6 – 7 týdnů, hospitalizace není nezbytně nutná, výkon lze provádět ambulantně.

Předpokládaná doba trvání pracovní neschopnosti (předpokládaná doba, po kterou pacient nebude schopen vykonávat své studium): dlouhodobá, v délce několika měsíců, v závislosti na Vašem zdravotním stavu a na další onkologické léčbě, pokud bude nasazena.

Předpokládaná omezení v běžném způsobu života: závisí na Vašem neurologickém nálezu.

Předpokládané změny zdravotní způsobilosti: jsou u Vašeho onemocnění možná.

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

- Doporučujeme klidový režim, nepřepínat se, dostatečně pobývat na čerstvém vzduchu. Vyhýbejte se však přímému slunci a přehřátí (slunění, úpal, úžeh). Nedoporučujeme sporty s rizikem pádu na hlavu, zranění hlavy, sporty, při nichž se zvyšuje tlak do hlavy (posilování, vzpírání).
- Jezte pestrou stravu, kromě zákazu alkoholu nemusíte dodržovat žádná omezení (pokud nemáte kvůli epilepsii určité potraviny zakázány). Pokud budete mít polykací obtíže či bolesti za hrudní kostí, doporučujeme jíst měkkou nebo mletou stravu, stravu neдрáždivou, spíše chladnější, z tekutin pít čaje, neperlivé vody či minerálky.
- 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, 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.