



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 CELOTĚLOVÉ OZAŘOVÁNÍ

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

- Akutní lymfatická (myeloblastická) leukémie.
- Chronická myeloblastická leukémie.
- Aplastická anémie.
- Myelodysplastický syndrom.
- Maligní lymfom.

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

Přicházíte k naplánování léčby celotělovým lékařským ozářením, které je součástí přípravné léčby hematologického onemocnění před transplantací kostní dřeně. Tímto ozářením spolu s chemoterapií se zničí nemocná kostní dřeň, aby mohla být nahrazena novou dření od zdravého dárce. Nutná dávka záření se podává během 3 po sobě jdoucích dní, každý den 2 ozáření v rozmezí 6 hodin. Ke zničení nádorových buněk se používá ionizující záření jednoho z našich tří lineárních urychlovačů.

Plánování celotělového ozáření probíhá ve dvou sezeních jeden týden před zahájením vlastního záření, a to následujícím způsobem:

- 1) Příprava: Na ozařovně jste (Vaše dítě) uložen do ozařovacího lůžka, radiologičtí asistenti Vás (Vaše dítě) srovnají do ozařovací polohy a dojde k vytvarování vakuové fixační matrace. Následně jsou zakresleny zaměřovací značky na břicho a hrudník a body pro umístění dozimetrů (umožňujících měření dávky během radioterapie). Radiologický asistent provede vyměření parametrů (vzdáleností) potřebných pro naplánování celotělového ozařování. V poloze na zádech i na břiše se zhotoví snímky, které potřebujeme pro přípravu individuálních vykrývacích plicních bloků. Tyto bloky sníží dávku ozáření na plíce zhruba o ¼ (při ozáření plic plnou dávkou by došlo ke vzniku závažných komplikací).
- 2) Kontrola plicních bloků: Probíhá většinou druhý den. Na lineárním urychlovači v ozařovacím lůžku a fixační vakuové podložce zkontrolujeme umístění a tvar plicních bloků.

Vlastní ozáření se uskutečňuje obvykle ve dnech pondělí až středa nebo středa až pátek. Při ozařování ležíte (Vaše dítě) v ozařovacím lůžku a hlavice ozařovače se nad Vámi (Vaším dítětem) pomalu pohybuje, pak totéž proběhne i v poloze na břicho. Jedna dávka záření trvá 15 – 20 minut. Vlastní ozařování nevnímáte, pouze slyšíte chod ozařovače. Po dobu ozařování máte na těle v 8 bodech umístěny dosimetry (měřiče dávky), kterými hodnotíme dávku záření.

3. **Rizika zdravotního výkonu:**

- Celotělové ozáření vyvolává zejména celkové nevolnosti, průjemy, může zvýšit tělesnou teplotu. Proto na hematologickém oddělení dostáváte (Vaše dítě) řadu podpůrných léků k omezení těchto nežádoucích účinků, zejména léky proti zvracení.
- Jako chronický následek celotělového ozáření se může vyskytnout šedý zákal oční čočky spojený se zhoršením zraku. Tato komplikace je vyléčitelná oční operací (náhradou oční čočky). K dalším chronickým komplikacím patří zejména poruchy plodnosti, snížená obranyschopnost, snížená činnost štítné žlázy, možnost vzniku druhotných zhoubných nádorů.

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:**

- V důsledku zničení kostní dřeně je nutno po podání kostní dřeně dárce po dobu, než dojde k jejímu přihojení, pobývat ve sterilním stanu – viz *Poučení o průběhu transplantace kostní dřeně*.

Předpokládaná doba hospitalizace: celotělové ozáření probíhá pouze 3 dny (+ týden předem dvoudenní příprava k ozáření), léčbu je nutno provádět za hospitalizace. Celková doba hospitalizace je dána pak další hematologickou léčbou při transplantaci kostní dřeně.

Předpokládaná doba trvání pracovní neschopnosti (předpokládaná doba, po kterou pacient nebude schopen vykonávat své studium): měsíce až roky.

Předpokládaná omezení v běžném způsobu života: léčba celotělovým ozářením a podáváním chemoterapie před transplantací kostní dřeně ničí jakoukoli obranyschopnost pacienta k infekčním onemocněním, proto je nutno předcházet riziku vzniku nakažlivých onemocnění a chránit se kontaktu s infikovanými osobami.

Předpokládané změny zdravotní způsobilosti: jsou možné, závisí na celkovém zdravotním stavu pacienta.

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

- Viz režimní opatření Transplantační jednotky Kliniky dětské hematologie a onkologie 2. LF UK a FN Motol, event. z dalších referujících pracovišť.

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, 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:

* 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.