



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 LÉKAŘSKÉ OZAŘOVÁNÍ DÍTĚTE

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

•

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

V rámci komplexní onkologické léčby je u Vašeho dítěte nyní nutná léčba lékařským zářením (radioterapie), která má zničit vlastní nádor, zamezit jeho šíření do okolí nebo zamezit jeho opětovnému růstu.

K tomu, abychom mohli do oblasti, kterou je potřeba ozářit, dodat nutnou dávku záření a současně pokud možno co nejvíce šetřit okolní tkáň, je nutno léčbu zářením pečlivě připravit. Tato příprava je složitý proces, na němž se podílí lékař, fyzik a radiologičtí asistenti, a proto je časově náročná.

Na základě informací o velikosti počátečního nádorového postižení, průběhu onemocnění během chemoterapie a rozsahu chirurgického výkonu se nejprve připraví ozařovací plán. Příprava k ozařování se provádí na CT simulátoru, kde Vaše dítě uložíme do ozařovací polohy. Aby poloha Vašeho dítěte byla během celé doby ozařování stejná, používáme fixační pomůcky, můžeme uložit Vaše dítě do speciální vakuové matrace nebo při záření v oblasti hlavy či krku vyrobíme z plastické hmoty masku, udržující hlavu v neměnné poloze. Následně provedeme CT vyšetření požadované oblasti. Po vyšetření Vašemu dítěti nakreslíme na kůži zaměřovací značky, které nám umožní uložit dítě při ozařování vždy do stejné polohy. Značky prosím nesmývejte. Při jejich smazávání je obtáhněte ve stejném místě fixem. Na CT simulátoru bude zhotovena fotografie obličeje Vašeho dítěte, která slouží pouze k jeho identifikaci na ozařovači.

Je důležité, aby si děti zvykly na nové prostředí a aby zaměření na CT simulátoru proběhlo bez problémů. Proto u menších dětí umožňujeme jednomu z rodičů být s dítětem přímo ve vyšetřovně, kde si rodič musí obléknout ochrannou zástěru. Během vlastního ozařování musí dítě na ozařovně vydržet samo. Je sledováno kamerou, jejíž monitor je v ovladovně ozařovače. Ovladovna je s ozařovnou spojena i mikrofonom (možno číst pohádky).

Malé děti, které nejsou schopny spolupráce, jsou připravovány k záření a ozařovány v celkové anestézii.

Ozařování se provádí většinou 1 x denně od pondělí do pátku po dobu několika týdnů. Na ozařovacím stole v ozařovně bude Vaše dítě ležet ve stejné poloze jako na CT simulátoru a během ozařování nebude nic cítit. Zaměřování na ozařovacím stole se provádí pomocí zelených laserových světel, doporučujeme mít po tuto dobu zavřené oči. Před každým zářením provádíme kontrolní snímek. Vlastní ozáření trvá pouze několik minut, během něj je třeba ležet na ozařovacím stole nehybně. Radiologický asistent sleduje Vaše dítě po celou dobu ozařování na monitoru. V případě potřeby lze ozařování přerušit. Během ozařování bude Vaše dítě 1 x týdně kontrolováno Vaším ošetřujícím lékařem na ozařovnách, kontroly po skončení ozařování probíhají na Klinice dětské hematologie a onkologie 2. LF UK a FN Motol.

3. *Rizika zdravotního výkonu:*

Léčba zářením přináší obvykle méně obtíží než chemoterapie. Reakce na ozařování je velmi individuální, většinou celkové obtíže nejsou, ale může se objevit zejména mírná nevolnost či slabost. Reakce po ozáření orgánů se mohou vyskytnout později – většinou od 3. týdne léčení. Narůstají postupně, trvají do konce léčby zářením, k jejich zklidnění dochází po jejím skončení a v průběhu 4 – 6 týdnů obtíže odezní.

Mezi obvyklé akutní reakce na záření patří zejména:

- zčervenání až syté zrudnutí kůže, provázené otokem, bolestivostí, tvorbou puchýřů a mokváním (zejména při ozařování v oblasti hlavy a krku a končetin), kožní reakce je velmi závislá na celkové dávce záření a technice ozařování;
- při ozařování v oblasti břicha snížení příjmu potravy, nevolnost, zvracení;
- při ozařování v oblasti břicha a malé pánve častější či průjmovitá stolice, častější močení.

Pozdním komplikacím se snažíme předcházet dodržováním limitů dávek záření na zdravé orgány v okolí ozařovaného ložiska, zejména na oblast míchy, ledvin, jater, plic, očí, očních nervů, růstových kostních chrupavek. Po výpočtu ozařovacího plánu Vás budeme podrobně informovat o dávkách na rizikové orgány a o možných komplikacích z nich plynoucích.

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:

- Závísí na základním onkologickém onemocnění.

Předpokládaná doba hospitalizace: závisí na celkovém zdravotním stavu Vašeho dítěte, jeho možnosti spolupráce a na vzdálenosti bydliště. Pro vlastní léčbu zářením není hospitalizace nutná.

Předpokládaná doba trvání pracovní neschopnosti (předpokládaná doba, po kterou pacient nebude schopen vykonávat své studium): po celou dobu záření není vhodné docházet do školy či kolektivního zařízení z důvodů snížené imunity dítěte, a proto větší náchylnosti k infekčním chorobám. Léčba zářením je různá pro různé typy nádorů – od 2 do 7 týdnů.

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

Předpokládané změny zdravotní způsobilosti: u onemocnění Vašeho dítěte jsou možné; v podrobnostech budete informováni Vaším ošetřujícím lékařem.

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

- K omezení reakce na ozařované kůži nedoporučujeme zářenou oblast mýt mýdlem, třít ručníkem, používat parfémovaná tělová mléka, vystavovat kůži slunění, masáži, nosit těsné prádlo (hlavně z umělých vláken).
- K ošetření kožní reakce jsou vhodné masti nebo gely s panthenolem (Calcium panthothenicum mast, Bepanthen mast, Panthenol mast či gel), k ošetření mokvavé Flamigel.
- Doporučujeme pít dostatečné množství nezářivých tekutin a volit pestrou stravu s dostatkem vitaminů.
- Po skončení terapie bude Vaše dítě pravidelně sledováno na Klinice dětské hematologie a onkologie 2. LF UK a FN Motol a budou mu 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.