



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 NÁDORŮ PLIC

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

- Nádory plic.

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 další léčbou vyléčit nádorové onemocnění, zabránit jeho opětovnému vzniku či dalšímu růstu. Ke zničení nádorových buněk se používá ionizující záření jednoho z našich tří lineárních urychlovačů.

Při první návštěvě našeho oddělení absolvujete lokalizační CT vyšetření na CT simulátoru. V kabině si odložíte oblečení dle instrukcí radiologického asistenta. Ten Vám pomůže uložit se do polohy na zádech a zafixuje polohu končetin pomocí fixačních pomůcek, aby byla Vaše poloha reprodukovatelná po celou dobu léčby zářením. Na oblast hrudníku/břicha Vám položí krabičku s kontrastními markery, kterou bude snímat infračervená kamera umístěná na protější stěně. Díky tomuto zařízení můžeme sledovat pohyby Vašeho hrudníku v čase a zaznamenat CT včetně dechových pohybů. Pokud bude žádoucí provést CT vyšetření v nádechu či výdechu, dopředu Vás o tom informuje radiologický asistent a vyzve Vás k nádechu/výdechu přes mikrofon. Hladinu svého dechu uvidíte na obrazovce tabletu nad svou hlavou. 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 simulátoru, pak budete vyzván/a 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 nastavovací lasery v ozařovně protínaly se značkami na kůži. Poté prosím setrvejte v nastavené poloze. Po odchodu asistentů z ozařovny je zahájeno vlastní ozařování, kterému předchází kontrolní snímek Vaší polohy na ozařovacím stole. 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 telefonicky komunikovat. Kdyby se cokoli dělo, lze ihned 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 každý den provádí i verifikační snímkování ke kontrole Vaší polohy. 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.

3. *Rizika zdravotního výkonu:*

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;
- suchý dráždivý kašel;
- zhoršené dýchání;
- polykací obtíže;
- nechutenství;
- zčervenání až zhnědnutí kůže v ozařovaných oblastech.

Mezi méně časté nežádoucí příznaky při ozařování plic patří zejména akutní zánět plic, který se obvykle dostavuje v závěru radioterapie nebo přibližně měsíc po ukončení radioterapie.

K pozdním následkům, které se objevují až za 3 měsíce a déle po skončení radioterapie řadíme zejména:

- fibrosu plicní;
- chronické zúžení jícnu.

4. Alternativy zdravotního výkonu:

- Chirurgický výkon, pokud je to možné.

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 provést 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) a předpokládaná omezení v běžném způsobu života: v průběhu léčby trvající 2 – 7 týdnů a do ústupu nežádoucích účinků léčby ozařováním (od 2 do 4 týdnů) můžete mít potíže, které mohou ovlivnit Vaši obvyklou každodenní činnost nebo Vaši schopnost pracovat. Poradte 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 řešení Vašich obtíží.

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

Během ozařování není nutné dodržovat žádná zvláštní dietní opatření, strava by měla být pestrá, vydatná a měla by obsahovat dostatek bílkovin, cukrů a tuků v optimálním poměru, dále pak dostatek vitamínů, minerálů a stopových prvků. Důležitý je také správný pitný režim obzvláště pak při probíhající chemoterapii. Při výrazném nechutenství, nevolnostech nebo obtížích při polykání je vhodné použití doplňků zvláštní výživy, s jejímž výběrem Vám pomůže Váš ošetřující lékař. **V průběhu ozařování je zakázáno kouření, protože přímo snižuje účinnost záření, a pití alkoholu, který může zesilovat nežádoucí účinky jak ozařování, tak i chemoterapie.**

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.