



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 SARKOMU

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

- Sarkom.

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. Ke zničení nádorových buněk se používá ionizující záření jednoho z našich tří lineárních urychlovačů. 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.

Při první návštěvě našeho oddělení absolvujete zaměření (lokalizaci) na výpočetním tomografu (CT simulátor). V kabině si odložíte dle instrukcí radiologického asistenta a budete uloženi na vyšetřovací stůl za použití polohovacích pomůcek. K zajištění stabilizované polohy po celou dobu záření lze použít speciální lehátka nebo vakuové matrace, v určitých případech bude potřeba na místo jizvy přiložit bolus (gelová destička). Následně bude provedeno CT vyšetření požadované oblasti. 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. 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. 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 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;
- akutní reakce na kůži různého stupně;
- otok a bolestivost ozařované oblasti.

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

- pigmentace kůže;
- zatuhnutí podkoží (fibróza);
- chronický otok (lymfedém) končetiny.

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:

- Možná omezení způsobu života a pracovní schopnosti jsou dána především Vaším onkologickým onemocněním. Dojde-li po ozaření k chronickým změnám na kůži či otoku končetiny, může dojít k ovlivnění Vaši pohyblivosti i pracovnímu omezení.

Předpokládaná doba hospitalizace: není nutná, výkon lze provádět ambulantně, doba záření je 5 – 7 týdnů.

Předpokládaná doba trvání pracovní neschopnosti (předpokládaná doba, po kterou pacient nebude schopen vykonávat své studium): závisí na Vašem celkovém zdravotním stavu, doba záření je 5 – 7 týdnů, akutní postiradiační reakce se hojí 3 – 6 týdnů.

Předpokládaná omezení v běžném způsobu života: 1. rok po ozařování není vhodné slunění, opalování ozařované oblasti.

Předpokládané změny zdravotní způsobilosti: závisí na Vašem celkovém zdravotním stavu.

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

- Při ozařování v oblasti končetin během léčby nezatěžovat končetinu fyzicky – nesportovat, omezit delší vycházky. Není vhodné opalování, saunování, plavání a další činnosti, které mohou kůži ozařované oblastí dráždit.
- Doporučujeme ozařovanou oblast pouze sprchovat, nedráždit mýdlem, deodoranty, parfémy, nosit bavlněné oblečení.
- K ošetření kožní reakce jsou vhodné masti s panthenolem, například Calcium panthothenicum, Bepanthen, Panthenol, při větší reakci pak léky na popáleniny jako Flamigel, Panthenol sprej.
- 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 jím 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:

FN Motol, V Úvalu 84, 150 06 Praha 5, IČ: 00064203

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.