



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 DĚLOHY ANEBU VAJEČNÍKŮ

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

- Karcinom děložního čípku.
- Karcinom dělohy.
- Karcinom vaječniku.

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

Vážená paní,

součástí léčby Vašeho onemocnění je lékařské ozařování. Ke zničení nádorových buněk se používá ionizujícího záření jednoho z našich tří lineárních urychlovačů.

Velikost ozařované oblasti a délka ozařování je dána rozsahem a charakterem Vašeho onemocnění. Budete léčena buď pouze zevním ozařováním, nebo kombinací zevního a vnitřního (brachyterapie) záření, v některých případech ještě se současným podáním systémové léčby (chemoterapie).

O typu Vaší léčby, rozsahu ozařování a o přesném časovém harmonogramu Vás poučí Váš ošetřující lékař na ozařovnách.

Při první návštěvě našeho oddělení absolvujete zaměření (lokalizaci) na výpočetním tomografu (CT simulátor). Na toto vyšetření a stejně tak k vlastnímu ozařování byste měla mít naplněný močový měchýř a vyprázdněný konečník.

V kabině si odložíte dle instrukcí radiologického asistenta a budete uložena na vyšetřovací stůl za použití polohovacích pomůcek. Následně bude provedeno CT vyšetření břicha a malé pánve. 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 pozvána 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 pozvána do kabinky, kde si odložíte jako na CT simulátoru, pak budete vyzvána do ozařovny, kde se položíte na ozařovací stůl do stejné polohy a za použití stejných polohovacích pomůcek jako při přípravě k záření. Radiologičtí asistenti nastaví ozařovací stůl s Vámi tak, aby se zaměřovací lasery v ozařovně protínaly se značkami na kůži. Poté prosím setvejte v nastavené poloze. Po odchodu asistentů z ozařovny je zahájeno vlastní ozařování, kterému bude 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 několik minut až několik desítek minut podle složitosti ozařovací techniky. Po skončení ozáření vyčkejte příchodu a pokynů radiologického asistenta.

### 3. Rizika zdravotního výkonu:

Mezi časné reakce, k nimž většinou dochází od 3. týdne, patří zejména:

- únava a slabost: může se vyskytnout několik hodin po ozáření jako celková tělesná reakce a nejlepší je na chvíli si odpočinout. Příčinou však může být i snížený počet červených nebo bílých krvinek (při chemoterapii), proto svého lékaře na případnou únavu upozorněte.;
- nevolnost;
- bolesti břicha nebo zad v bederní nebo křížové krajině;
- průjem;
- časté močení;
- pálení při močení.

Na jakékoli zdravotní problémy upozorněte svého ošetřujícího lékaře na ozařovnách při pravidelné týdenní kontrole. Váš lékař Vám doporučí odpovídající léčbu. Potíže by měly odeznít přibližně do 1 měsíce po ukončení ozařování.

Mezi chronické potíže patří zejména:

- chronický průjem;
- zúžení střeva;
- chronický zánět konečníku, který se projevuje krvácením do stolice;
- zhoršení udržení moče;
- zmenšená kapacita močového měchýře;
- chronický neinfekční zánět močového měchýře po záření s krvácením do moče;
- snížená odolnost k močovým infekcím;
- porucha sexuálních funkcí.

#### **4. Alternativy zdravotního výkonu:**

- chirurgický výkon;
- chemoterapie.

#### **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:**

- Viz bod Rizika zdravotního výkonu.

*Předpokládaná doba hospitalizace:* dle zdravotního stavu pacienta (není nutná), výkon lze provádět ambulantně. Pouze vnitřní ozáření se provádí za hospitalizace.

*Předpokládaná doba trvání pracovní neschopnosti (předpokládaná doba, po kterou pacient nebude schopen vykonávat své studium):* dle zdravotního stavu pacienta.

*Předpokládaná omezení v běžném způsobu života:* omezení sexuálního života, celková únava.

*Předpokládané změny zdravotní způsobilosti:* dle zdravotního stavu pacienta.

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

- Důležité je dodržovat během léčby správnou životosprávu, to znamená nekouřit, nepít alkohol, jíst pestrá jídla dostatečně bohatá na energii, bílkoviny, vitamíny a minerály. Doporučujeme vyloučit ze stravy tučná, smažená, dráždivá a hlavně nadýmavá jídla (kořeněná jídla, okurky, zelí, kapusta, květák, paprika, cibule, všechny druhy luštěnin, celozrnné pečivo). Dbejte na pravidelný a dostatečný pitný režim (voda, čaje, minerálky, polévky atd.). Na ozáření chodte vždy s plným močovým měchýřem.
- Během léčby nedoporučujeme koupání ve vaně a v bazénu.
- Po skončení terapie budete pravidelně sledována 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<sup>\*</sup> /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.