



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 JÍCNU ANEBU ŽALUDKU

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

- Nádory jícnu.
- Nádory žaludku.

### 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 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. **K tomuto vyšetření přijďte nalačno (minimálně 4 hodiny).** V kabině si odložíte oblečení dle instrukcí radiologického asistenta. Ten Vám pomůže uložit se do polohy na zádech a zafixuje Vaši polohu pomocí fixačních pomůcek, aby byla Vaše poloha reprodukovatelná po celou dobu léčby zářením. Dle přesné lokality nádoru bude k fixaci použita buď fixační maska, která znemožní pohybům v oblasti hlavy, krku a ramen nebo fixace horních končetin ve vzpažení. V tomto případě Vám na oblast hrudníku/břicha položíme 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. Následně bude provedeno CT 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 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 může předcházet kontrolní snímek Vaší polohy na ozařovacím stole. Po celou dobu záření můžete volně dýchat, pokud Vás neinstruuje radiologický asistent během ozáření jinak. 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 telefonicky komunikovat. 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:

- polykací obtíže;
- nechutenství a zvracení;
- zčervenání až zhnědnutí kůže v ozařovaných oblastech;
- zvýšená únavnost.

Méně častými nežádoucími příznaky při ozařování jícnu a žaludku jsou zejména:

- suchý dráždivý kašel;
- zhoršené dýchání;
- akutní zánět plic.

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

- chronické zúžení jícnu;
- fibrosu plicní (zvaživovatění plicní tkáně).

#### **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 je možné provádět 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):* v průběhu léčby trvající 5 – 6 týdnů a do ústupu nežádoucích účinků léčby ozařováním (od 2 do 4 týdnů) můžete mít potíže, které mohou ovlivnit Vaši schopnost pracovat. Poradte se svým ošetřujícím lékařem o pro Vás vhodném postupu.

*Předpokládaná omezení v běžném způsobu života:* v průběhu léčby trvající 5 – 6 týdnů a do ústupu nežádoucích účinků léčby ozařováním (od 2 do 4 týdnů) můžete mít potíže, které mohou ovlivnit Vaši obvyklou každodenní činnost. Poradte se svým ošetřujícím lékařem o pro Vás vhodném postupu.

*Předpokládané změny zdravotní způsobilosti:* v případě výskytu vedlejších účinků (viz výše) můžete pocítit určité omezení. Kontaktujte Vašeho ošetřujícího lékaře, který Vám doporučí vhodná opatření.

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

- **K ozařování je nutné přijít nalačno (minimálně 4 hodiny).**
- Během ozařování je nutné dodržovat dietní opatření v přímé návaznosti na rozsah onemocnění nebo provedené operace. Obecně platí, že strava by měla být pestrá, vydatná s dostatečným obsahem bílkovin, cukrů a tuků v optimálním poměru a s dostatkem vitamínů, minerálů a stopových prvků. U ozařování jícnu nebo žaludku platí, že strava by měla být podávána během dne rozděleně do více malých porcí, obvykle 5 – 6 a v případě obtíží charakteru váznutí sousta, bolestí při polykání nebo nevolnostech, pak přejít ze stravy tuhé na mixovanou, kašovitou nebo tekutou. Důležitý je také správný pitný režim, obzvláště pak při probíhající chemoterapii. Při výrazném nechutenství, nevolnostech, polykacích obtížích, zvracení a hubnutí je vhodné použití doplňků zvláštní výživy, s jejímž výběrem Vám pomůže Váš ošetřující lékař.
- 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 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, uveďte 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.