



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 PRSU

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

- Karcinom prsu.

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

Při první návštěvě našeho oddělení absolvujete zaměření (lokalizaci) na výpočetním tomografu (CT simulátor). 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 reprodukovatelná po celou dobu léčby zářením. Po srovnání do požadované polohy Vám na kůži v místě jizev nalepíme kontrastní značky. Na oblast hrudníku/břicha Vám radiologický asistent položí krabičku s kontrastními markery, kterou bude snímat infračervená kamera umístěná na protější stěně. Díky tomuto zařízení můžeme sledovat Vaše dýchací pohyby. Vaším úkolem bude zhluboka se nadechnout do hrudníku a po dobu cca 15 sekund zůstat v zadrženém nádechu. K tomu Vás vždy vyzve radiologický asistent přes mikrofon, hladinu svého dechu budete sledovat na obrazovce tabletu umístěného nad Vaší hlavou. Po zhotovení vyšetření Vám na kůži zakreslíme značky, které slouží k nastavení polohy pro ozařování. Tyto značky si nesmývejte. Při jejich smazávání je obtáhněte vestejněm místě lihovým fixem. Vhodné je nosit tmavé prádlo, značky se mohou otírat.

K zahájení vlastního ozařování budete pozván/a na určitý den a hodinu na příslušný lineární urychlovač. První den Vám radiologičtí asistenti na ozařovně stanoví čas, ve který 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 do půl těla, poté budete vyzván/a ke vstupu do ozařovny, kde se položíte na ozařovací stůl do stejné polohy jako na CT. V nastavené poloze prosím setrvejte po celou dobu ozařování. Po odchodu asistentů z ozařovny je zahájeno vlastní ozařování, kterému předchází kontrolní snímek Vaší polohy. Během ozařování Vás bude radiologický asistent přes mikrofon instruovat kdy se nadechnout a zadržet dech. V průběhu ozařování 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 přijdou do ozařovny. Vlastní jedno ozáření trvá 10 - 15 minut podle složitosti ozařovací techniky. Po skončení ozáření vyčkejte příchodu a pokynů radiologického asistenta.

Během léčby zářením budete 1 x týdně kontrolováni Vaším ošetřujícím lékařem na ozařovnách.

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;
- kožní komplikace – nejčastěji zčervenání, zhnědnutí, pálení, suchost nebo svědění kůže. Méně často dochází k porušení krytu kůže (tzv. epiteliolýza), zejména pod prsem nebo v jiných kožních záhybech, častěji u objemnějších prsou;
- při ozařování nadklíčku mohou nastat polykací obtíže.

Časná reakce na záření odeznívá během 2 – 4 týdnů po skončení ozařování, ale některé symptomy mohou přetrvávat i několik měsíců.

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

- kožní komplikace - lehké zahnědnutí kůže, rozšířené cévky v kůži, ztenčení kůže;
- otok paže na ozařované straně, pokud je nutno ozářit podpažní uzliny;
- snížení funkce štítné žlázy.

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:

- Možné omezení obvyklého způsobu života je dáno Vaším celkovým stavem, rozsahem onkologického onemocnění, typem operačního výkonu a chronickými komplikacemi po ozáření, pokud vzniknou.
- Nedoporučujeme nošení těžkých břemen v ruce na operované straně pro riziko vzniku chronického otoku paže. Dávejte si pozor i na drobná zranění či popálení paže na operované straně, protože máte vyšší riziko vzniku zánětu kůže této paže (růže-erysipel).

Předpokládaná doba hospitalizace: hospitalizace není nutná, výkon lze provádět ambulantně, doba ozařování: 2 – 5 týdnů.

Předpokládaná doba trvání pracovní neschopnosti (předpokládaná doba, po kterou pacient nebude schopen vykonávat své studium): závisí na délce Vaší celkové onkologické léčby (většinou kombinace podávání systémové léčby a léčby zářením), nelze předem přesně stanovit.

Předpokládaná omezení v běžném způsobu života: viz níže.

Předpokládané změny zdravotní způsobilosti: při nekomplikovaném průběhu léčby se nepředpokládají.

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

- Noste volné bavlněné spodní prádlo i oblečení, které nedráždí kůži.
- Kůži v ozařované oblasti si můžete denně sprchovat, používejte však raději neparfémované mýdlo.
- Kůži nikdy nemyjte kartáčkem a ani ji jinak mechanicky nedrážděte, vyhněte se tak zvýšenému riziku reakce na kůži.
- Chraňte kůži před přímým sluncem. Po skončení radioterapie by se neměla kůže v ozařované oblasti opalovat.
- Nedoporučujeme ani opalování v soláriu.
- Před vlastním ozařováním si nedávejte na kůži žádný krém, mast a v žádném případě nepoužívejte před zářením krém s ochranným faktorem proti slunci. Pro zmírnění či předcházení reakce kůže dbejte doporučení lékaře, zdravotní sestry.
- Při ozařování podpaží nepoužívejte antiperspirant ani jiný deodorant do podpaží.
- Vzhledem k možnosti zbarvení oděvu zakreslovací barvou doporučujeme nosit tmavé oblečení.
- Během ozařování se vyhněte sportům jako je běh, aerobik, skákání apod. Naopak doporučujeme procházky na čerstvém vzduchu, dostatek odpočinku a klidový režim.
- 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 lékařem 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^{*} /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.