



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 MOZKOVÉHO NÁDORU

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

- Mozkový nádor.

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, 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 dle instrukcí radiologického asistenta a budete uloženi na vyšetřovací stůl za použití polohovacích pomůcek. Následně Vám bude zhotovena speciální fixační maska, která slouží k zajištění polohy hlavy během ozařování. V této masce Vám pak provedeme CT vyšetření, které bude použito k přesnému naplánování ozařovaného objemu a výpočtu ozařovacího plánu. Na CT simulátoru bude zhotovena fotografie Vašeho obličeje, která slouží pouze k Vaší identifikaci na ozařovači.

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 a za použití stejných polohovacích a fixačních pomůcek jako při přípravě k záření. Radiologičtí asistenti nastaví ozařovací stůl s Vámi tak, aby se zaměřovací lasery v ozařovně protínaly se značkami na masce. Poté prosím setrvejte 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.

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.

Součástí onkologické léčby některých mozkových nádorů je také léčba cytostatiky (chemoterapie). Přesný rozpis léků a pokyny, jak je užívat, dostanete od Vašeho ošetřujícího lékaře 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;
- nevolnost, nechutenství;
- přechodné zhoršení neurologických obtíží;
- bolesti hlavy;
- zpomalení životního tempa, apatie, zhoršení nálady;
- vypadání vlasů;
- kožní reakce – zčervenání až zhnědnutí, v citlivých oblastech (ušní boltce, kůže za nimi) pak i bolestivým otokem a mokváním.

V souvislosti s chemoterapií se může objevit:

- nevolnost, zvracení;
- zhoršení krevního obrazu, které může vést ke snížené obranyschopnosti k infekčním onemocněním, únavě či krvácivým projevům.

Všechny výše zmíněné akutní reakce odezní v průběhu 1 měsíce, maximálně do 3 měsíců po skončení ozařování, pouze dorůstání vlasů trvá déle.

K chronickým následkům, které se mohou objevit déle než 3 měsíce po skončení radioterapie, a které jsou závislé hlavně na celkové výši podané dávky záření, na velikosti ozařovaného objemu a oblasti mozku, patří zejména:

- zhoršení paměti, hlavně krátkodobé, zhoršení schopnosti si zapamatovat věci;
- zhoršení zraku, pokud bylo nutno zářit v blízkosti zrakových nervů;
- snížení funkce podvěsku mozkového se změnami hladin hormonů v krvi;
- nedostatečně dorostlé vlasy (prořídle vlasy v oblasti hlavy přilehlé k ozařovanému ložisku);
- na kontrolních snímcích mozku na magnetické rezonance se tyto změny projeví jako chronický otok nebo tzv. gliosa či radionekroza.

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:

- Vzhledem k možným neurologickým obtížím, daným Vaším onemocněním, pooperačnímu stavu a ozařováním se doporučuje pracovní neschopnost a klidový režim. Výjimečně jsou schopni pacienti docházet i během ozařování do práce.

Předpokládaná doba hospitalizace: není nezbytná, závisí na vašem celkovém zdravotním stavu, výkon lze provádět ambulantně, léčba zářením trvá 3 – 6 týdnů.

Předpokládaná doba trvání pracovní neschopnosti (předpokládaná doba, po kterou pacient nebude schopen vykonávat své studium): může být v řádu měsíců. Nelze předem stanovit, závisí na dalším vývoji onemocnění, následné onkologické léčbě, pokud bude nasazena, a Vašem celkovém zdravotním stavu.

Předpokládaná omezení v běžném způsobu života: závisí na Vašem neurologickém nálezu, který je dán Vaším základním onemocněním, pooperačními a poradiačními změnami – viz chronické komplikace po záření v bodě 3.

Předpokládané změny zdravotní způsobilosti: jsou u Vašeho onemocnění možná.

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

- Doporučujeme klidový režim, nepřepínat se, dostatečně pobývat na čerstvém vzduchu. Vyhýbejte se však přímému slunci a přehřátí (slunění, úpal, úžeh). Nedoporučujeme sporty s rizikem pádu na hlavu, zranění hlavy, sporty, při nichž se zvyšuje tlak do hlavy (posilování, vzpírání).
- Jezte pestrou stravu, kromě zákazu alkoholu nemusíte dodržovat žádná omezení (pokud nemáte kvůli epilepsii určité potraviny zakázány).
- 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* /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.