



Klinika dětské hematologie a 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 CHEMOTERAPIE

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

- Zhoubné nádorové onemocnění.
- Jiné: _____

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

- Léčba hemato/onkologického onemocnění vyžaduje podávání chemoterapie, vzácně imunoterapie. Výjimečně je u dětských pacientů podávána léčba biologická.
- Chemoterapie je léčba, která zpomaluje nebo zastavuje růst nádorového bujení. Aplikuje se obvykle formou nitrožilních injekcí nebo infuzí, v malé míře i ve formě tablet ústy. Chemoterapie probíhá převážně za hospitalizace po dobu několika dnů. Vlastní aplikace léku trvá několik minut až hodin. Léčba se opakuje v pravidelných časových intervalech, jejich celková délka je závislá na typu léčebného režimu. V mezidobí je pacient obvykle doma.
- Chemoterapie působí systémově (v celém těle) a ovlivňuje tedy všechny rychle se dělící buňky a tkáně nádorové i zdravé. Zpomaluje nebo zastavuje růst nádoru nebo přispívá k jeho zmenšení, ale nedokáže odlišit rychle se množící nádorovou buňku od rychle se dělících buněk tkání zdravých, k nimž patří zejména buňky vlasových folikulů, buňky výstelky (sliznice) trávicí trubice a zejména pak buňky kostní dřeně, v níž se tvoří bílé a červené krvinky a krevní destičky.

3. **Rizika zdravotního výkonu jsou zejména:**

- Snížení počtu červených krvinek, které přenášejí kyslík, může vést k dušnosti.
- Snížení počtu krevních destiček, důležitých pro srážení krve, může vést ke zvýšení rizika krvácení.
- Snížení počtu bílých krvinek vede nejčastěji k infekčním komplikacím, které mohou mít těžký průběh. Intenzivní protinádorová léčba poškodí imunitní systém, kterým se organismus brání před invazí všudypřítomných mikroorganismů (bakterie, viry, plísňe). **Pokud infekční komplikace vzniknou, je nutné je co nejučinněji léčit!** Projevy infekčních komplikací se liší, nejčastějšími příznaky jsou horečka, zimnice, pocení, průjem, kašel, bolest v krku, pálení při močení. Klinické známky zánětu mohou u některých dětí chybět. Stav dítěte se může velmi rychle zhoršit a může vyvrcholit rozvojem septického šoku. Šok s poklesem krevního tlaku a následným nedostatečným okysličením srdce nebo mozku může způsobit smrt pacienta.
- Dále může chemoterapie způsobovat poruchy trávení, nevolnost až zvracení či vyvolávat vypadávání vlasů. Výjimečně může dojít k poškození některých orgánů (jater, ledvin, srdce, plic, reprodukčních orgánů či centrálního nervového systému). S vedlejšími účinky imunoterapie či biologické léčby, pokud bude u Vašeho typu onemocnění indikována, Vás seznámí ošetřující lékař.

4. **Alternativy zdravotního výkonu:**

- radioterapie (ozařování),
- symptomatická léčba (léčba obtíží, ne však základního onemocnění).

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:**

- Během léčby není doporučena návštěva kolektivních zařízení (školy).

Předpokládaná doba hospitalizace: závisí na schématu léčby základního onemocnění a její snášenlivosti.

Předpokládaná doba trvání pracovní neschopnosti (předpokládaná doba, po kterou pacient nebude schopen vykonávat své studium): záleží na schématu a úspěšnosti léčby základního onemocnění.

Předpokládaná omezení v běžném způsobu života: záleží na úspěšnosti léčby základního onemocnění.

Předpokládané změny zdravotní způsobilosti: výjimečně poškození některých orgánů (jater, ledvin, srdce, plic, reprodukčních orgánů či centrálního nervového systému) v důsledku vedlejších účinků cytostatik.

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

V období mezi jednotlivými cykly chemoterapie jsou nutné pravidelné ambulantní kontroly u lékaře. Ve snaze zabránit vzniku infekčních komplikací jsou nutná následující preventivní opatření:

- omezit návštěvy u pacienta a omezit styk se zvířaty;
- zákaz koupání ve veřejných plovárnách;
- dodržovat hygienický režim (mytí rukou, ústenky), pečovat o tělesný povrch pacienta (mytí, sprchování, koupání, hygiena dutiny ústní);
- podávat nízkobakteriální stravu (nabídnutou stravu vždy tepelně zpracovat, vynechat konzervy, tučná jídla, saláty s majonézou).

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.

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, 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 /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.