



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 ODBĚR A DAROVÁNÍ KRVETVORNÝCH BUNĚK

### 1. Konkrétní zdravotní výkon (správnou možnost zaškrtněte):

- A) Odběr periferních kmenových buněk krevtorby.
- B) Odběr lymfocytů získaných odběrem (separací) z periferní krve.
- C) Odběr kostní dřeně v celkové anestezii.

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

- Odběr kmenových buněk krevtorby od zdravého dárce k alogenní transplantaci.
- Odběr kmenových buněk krevtorby od nemocného (pacienta) k autologní transplantaci.
- Jiné: \_\_\_\_\_

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

- A) Periferní kmenové buňky krevtorby se odebírají zdravému dárci k tzv. alogenní transplantaci (jsou transplantovány jinému příjemci) nebo nemocnému k tzv. autologní transplantaci (nemocný absolvuje určitou přípravu, po které mu jsou podány vlastní kmenové buňky krevtorby). Před odběrem se několik dnů předem podává tzv. růstový faktor, který zintenzivní růst kmenových buněk a jejich vyplavení do periferní krve (krev kolující v cévním systému). Z periferní krve jsou pak kmenové buňky krevtorby separovány (odděleny) speciálním přístrojem (separátorem krevních elementů), na který je napojen cévní systém dárce. Procedura trvá několik desítek minut, je nebolestivá a provádí se bez nutnosti anestezie či premedikace.
- B) Podobně jako u odběru periferních buněk krevtorby se jedná o oddělení (separaci) lymfocytů (druh bílých krvinek) z krve, kolující v cévním systému. Provádí se přístrojem, tzv. separátorem krevních elementů. Výkon trvá několik desítek minut, je nebolestivý a nevyžaduje podání anestezie ani premedikace. Nedochozí ke krevní ztrátě, kterou by bylo třeba hradit.
- C) Kostní dřeň se odebírá stejným dárcům a ze stejných důvodů jako periferní kmenové buňky krevtorby, jedná se však o menší operativní výkon trvající zhruba 1 hodinu. Kostní dřeň, která je tekutá, a ve které jsou ve velkém množství obsaženy kmenové buňky krevtorby, je získávána opakovaným nasátím silnou jehlou ze zadního přístupu z obou lopat kostí kyčelních. Kostní dřeně se odebírá různé množství podle hmotnosti příjemce, zhruba 500 – 1500 ml. Ztráta krve je korigována krevní transfúzí.

### 4. Rizika zdravotního výkonu:

- A) + B) Rizika jsou minimální (zarudnutí či bolestivost v místě vpichu, infekce v místě vpichu, hematom).
- C) Odběr kostní dřeně může být spojen zejména s následujícími riziky:
  - obecné riziko celkové anestezie;
  - riziko poranění pánevních kostí (minimální);
  - riziko tukové embolie (minimální).

### 5. Alternativy zdravotního výkonu:

- Neexistují.

### 6. 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:

Vyšetření/výkon nevede k pracovní neschopnosti či neschopnosti vykonávat své studium, neomezuje v běžném způsobu života a nevyvolává změnu zdravotní způsobilosti.

- U odběru periferních buněk krevtorby a lymfocytů je omezením pouze čas strávený odběrem (separací), event. docházka do zdravotnického zařízení k aplikaci růstového faktoru (podkožní injekce).
- U odběru kostní dřeně 1 – 2 denní hospitalizace.

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

Nejsou nutná žádná preventivní opatření ani speciální léčebný režim s výjimkou aplikace růstového faktoru v podobě podkožní injekce několik dnů před vlastním odběrem periferních kmenových buněk krevtvorby.

#### **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 rozumově a volní vyspělosti odpovídající jeho věku. U pacienta s omezenou svéprávností se postupuje obdobně, nezohledňuje se však věk pacienta.