



Razítko pracoviště

Identifikační štítek pacienta

INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTA/ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE S VÝKONEM PODÁVÁNÍ METHOTREXÁTU

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

-

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

Na základě Vašeho aktuálního stavu a diagnózy Vám byla lékařem indikována léčba methotrexátem. Methotrexát je označován jako cytotoxický, je nejčastěji užíván k ničení buněk v nádorech. Také snižuje nežádoucí reakce těla vlastního obranného systému (imunopresivum) a má protizánětlivý účinek. V dermatologii se methotrexát používá především v léčbě lupénky nebo u některých autoimunitních onemocnění. Methotrexát se často kombinuje s dalšími léky potlačujícími imunitu, cílem této kombinace je zvýšení účinnosti léčby a snížení výskytu nežádoucích účinků.

Před zahájením léčby absolvujete krevní odběry, jejichž výsledky lékaře informují o funkci ledvin, jater a o počtu krvinek.

3. Rizika zdravotního výkonu:

Přestože podávání methotrexátu probíhá s maximální opatrností, může být provázeno některými vedlejšími účinky a riziky. Jeho léčebný přínos musí vždy převažovat nad riziky z jeho podávání.

Event. výskyt a intenzita nežádoucích účinků methotrexátu závisí na dávce, délce užívání léku a na celkovém stavu pacienta.

Nejčastěji se vyskytujícími vedlejšími účinky a riziky léčby methotrexátu jsou zejména:

- častější výskyt infekcí virových, bakteriálních či plísňových (jako u každého protizánětlivého a imunopresivního léku), záněty ústní sliznice, kožní vyrážky, bolest hlavy, ospalost, suchý kašel, ztráta chuti k jídlu, pocit na zvracení, zvýšení jaterních enzymů, průjem, u žen poruchy menstruace, u mužů poruchy vzniku a vývoje spermií, prořídnutí kštice.

Oznamte okamžitě svému lékaři, pokud se u vás objeví plicní obtíže (s příznaky jako celkový pocit nemoci, suchý dráždivý kašel, dechová nedostatečnost, klidová dušnost, bolesti na hrudi nebo horečka), otok očních víček, tváří nebo rtů, vyrážka nebo svědění (zejména pokud se vyskytne na celém těle).

Lékaři účinky methotrexátu znají a indikují ho jen v případě život ohrožujícího onemocnění, když přínos jednoznačně převáží nad riziky. Nicméně v případě nežádoucích účinků léčby neprodleně informujte svého ošetřujícího lékaře.

4. Alternativy zdravotního výkonu:

- Léčebnou alternativou může být podávání jiných druhů imunopresivních léků, které však mohou být méně účinné při léčbě Vašeho 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:

Předpokládaná doba hospitalizace:

- Léčba probíhá ambulantně.

Předpokládaná doba trvání pracovní neschopnosti (předpokládaná doba, po kterou pacient nebude schopen vykonávat své studium):

- Dána povahou základního onemocnění.

Předpokládaná omezení v běžném způsobu života:

- V případě kojení, těhotenství či plánování těhotenství informujte o této skutečnosti před zahájením léčby methotrexátem svého ošetřujícího lékaře.
- Methotrexát dočasně ovlivňuje produkci spermatu a vajíček. Methotrexát může poškodit plod nebo způsobit potrat. Proto je nutné, abyste Vy a Váš partner/ka předešli početí dítěte (otěhotnění) během léčby methotrexátem a minimálně 6 měsíců po jejím ukončení.
- Během léčby přípravkem methotrexát Vaše pokožka nebo oči mohou být extrémně citlivé na sluneční záření nebo další druhy světla. Proto byste se měli vyhýbat přímému slunečnímu záření a neměli navštěvovat solárium.
- Během léčby přípravkem methotrexát se musíte vyhnout jakékoliv konzumaci alkoholu a rovněž nadměrné konzumaci kávy, nápojů obsahujících kofein a černého čaje. Ujistěte se, že během léčby přípravkem methotrexát pijete dostatečné množství tekutin, protože dehydratace (snížení množství vody v těle) může zvýšit toxické účinky přípravku methotrexát.
- Během léčby methotrexátem se mohou objevit nežádoucí účinky spojené s ovlivněním centrální nervové soustavy, jako je únava a zmatenost. V některých případech může být ovlivněna schopnost řídit dopravní prostředky nebo obsluhovat stroje. Pokud se tyto stavy u Vás vyskytnou, neřidte a neobsluhujte stroje.

Předpokládané změny zdravotní způsobilosti:

- Během léčby methotrexátem nesmíte být očkovan/a živými vakcínami.

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

Tablety mají být užity jednu hodinu před nebo 1,5 až 2 hodiny po jídle.

V průběhu léčby probíhají pravidelné kontroly u ošetřujícího lékaře a kontrolní laboratorní vyšetření.

Svého lékaře informujte o lécích, které již užíváte, aby nedošlo k interakci při současné terapii methotrexátem.

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 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 můžu 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.