



Oddělení klinické hematologie  
FAKULTNÍ NEMOCNICE V MOTOLE  
V Úvalu 84, 150 06 Praha 5, IČ: 00064203

Identifikační štítek pacienta

## INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTA/ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE S VÝKONEM INTRAVENÓZNÍ APLIKACE KORTIKOIDŮ

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

- .....  
- **účel:** k potlačení alergické reakce, tvorby protilátek namířených proti vlastním buňkám (imunosupresivní léčba) nebo jako součást léčebného protokolu u chemoimunoterapií

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

Kortikoidy (ve smyslu léky) jsou synteticky vyráběné steroidní hormony podobné hormonu, který se tvoří v kůře našich nadledvin. V našem těle fungují kortikoidy jako stresové hormony, které nám svými účinky umožňují přizpůsobovat se dlouhodobému stresu. Jednotlivá léčiva /metylprednisolon, hydrokortison, dexamethasone/ mají silný protizánětlivý, imunosupresivní a antialergický účinek.

Imunitní systém chceme tlumit buď u závažnějších alergických projevů (astma, anafylaktický šok), u imunitně podmíněných chorob nebo jako součást kombinační protinádorové léčby.

Kortikoidy jsou podávány nitrožilně formou infuze v aplikační místnosti pod dohledem školeného personálu (sestry a lékaře). Před aplikací a po skončení je pacientovi změřen krevní tlak, puls a tělesná teplota.

### 3. *Rizika zdravotního výkonu:*

Při terapii kortikoidy se mohou objevit zejména systémové nežádoucí účinky zejména: zvýšení krevního tlaku, zvýšení hladiny cukrů v krvi, svalová ochablost, tvorba žaludečních vředů s možným krvácením, zánět slinivky břišní, zvýšení jaterních enzymů, zhoršené hojení ran, psychické poruchy vč. změn nálad a depresí, nárůst tělesné hmotnosti, nepravidelná menstruace, poruchy metabolismu cukrů se zhoršením cukrovky, akcelerace aterosklerózy zvýšením cholesterolu.

Kortikoidy mohou zvýšit náchylnost k infekci, mohou maskovat některé známky infekce a zpomalit tak její diagnostiku a během jejich podávání se mohou objevit nové infekce. Tyto infekce mohou být mírné, avšak mohou být i závažné s fatálním průběhem.

### 4. *Alternativy zdravotního výkonu:*

V případě podání kortikoidů k léčbě alergických projevů je tato léčba nezastupitelná, není jiný stejně účinný protialergický lék. Při odmítnutí podání kortikoidů k potlačení autoimunitní reakce je možné použít jiné léky, např. imunoglobuliny. Podání imunoglobulinů může být spojeno s těmito nežádoucími účinky jako: zimnice, bolest hlavy, horečka, zvracení, alergické reakce, nauzea, bolest kloubů, pokles krevního tlaku a mírná bolest dolní části zad.

### 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:*

Samotná aplikace kortikoidů vyžaduje pouze čas strávený v ambulanci při aplikaci a následné observaci (cca 1-2 hod). Pracovní neschopnost může vyžadovat základní onemocnění, pro které je podávání kortikoidů intravenózně indikováno, její délka je tedy dle základního onemocnění/indikace ošetřujícího lékaře. Hospitalizace je nutná v případě rozvoje závažných nežádoucích reakcí, které nelze ambulantně zvládnout.

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

Pracovní neschopnost je vhodná po dobu trvání léčby základního onemocnění, pro které jsou intravenózní kortikoidy podávány (event. i déle v případě vzniku závažnějších vedlejších účinků nebo vzniku komplikace).

**Předpokládané omezení v běžném způsobu života:**

Při krátkodobém či jednorázovém podání a dobré toleranci nejsou žádná omezení. Při dlouhodobém podávání je vzhledem ke snížené obranyschopnosti pacienta vhodné dodržovat režimová opatření – vyhýbat se větším kolektivům /divadla, kina, sportovní akce, přeplněná MHD/, nemocným, minimalizovat riziko infekce.

**Předpokládané změny zdravotní způsobilosti:**

Při krátkodobém či jednorázovém podání a dobré toleranci nejsou žádná omezení. Při dlouhodobějším užívání vedou kortikoidy k potlačení imunitní odpovědi organismu – snížení obranyschopnosti. Dlouhodobé užívání kortikoidů intravenózně je většinou jako součást protinádorových léčebných protokolů, kde většina omezení zdravotní způsobilosti vyplývá ze základní diagnózy a účinku dalších podávaných léčiv.

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

Pravidelné kontroly stavu a laboratorních nálezů probíhají v intervalech určených ošetřujícím lékařem.

**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, 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