

Informovaný souhlas pacienta (zákonného zástupce pacienta) s aplikací difencypronu

Pacient – jméno a příjmení:	Rodné číslo (číslo pojištění):
Datum narození: (není-li rodné číslo)	Kód zdravotní pojišťovny:
Adresa trvalého pobytu pacienta: (případně jiná adresa)	
Jméno zákonného zástupce (opatrovníka):	Rodné číslo:

Název výkonu

Aplikace difencypronu v léčbě alopecia areata (ložiskové plešatosti).

Účel výkonu

Alopecia areata (ložisková plešatost) se projevuje okrouhlým vypadáváním vlasů na hlavě. Jedná se o autoimunitní onemocnění, při kterém bílé krvinky napadají a poškozují vlastní vlasové cibulky. Vlasy nejprve přestanou růst a pak z cibulek vypadnou. Bílé krvinky vyvolávají lokální zánětlivé změny. Podáním difencypronu je uměle vyvolána lokální alergická reakce měnící žádoucím způsobem poměr bílých krvinek ve vlasovém váčku a následně stimuluje vlasový růst.

Povaha výkonu

Difencypron bude nanesen na postižené místo. Jeho opakované lokální podání následuje po 1 - 2 týdnech, kdy je již vyvolána lokální alergická reakce. Léčba bude probíhat obvykle 1x týdně. Koncentrace difencypronu bude upravována podle Vaší kožní reakce.

Předpokládaný prospěch výkonu

Lokální aplikace difencypronu poskytuje možnost léčení, v některých případech i vyléčení alopecia areata.

Alternativa výkonu

Léčebný postup je vždy zvolen individuálně dle stupně postižení. V terapii je možno využít léčebného efektu kortikoidů k potlačení přehnané imunitní reakce, dále biostimulační laser, terapii UV zářením typu A nebo léčbu antralinem a minoxidilem. Jako podpůrnou terapii lze použít aplikaci vitamínů, minerálů a aminokyselin s obsahem síry.

Následky výkonu

Po každé aplikaci není vhodné po dobu 48 hodin ošetřené místo umývat či vystavovat slunečnímu záření. Zároveň se nedoporučuje daného místa dotýkat a tím si přenášet difencypron na jiná místa na těle. Po celou dobu léčby nenanášejte na ošetřená místa žádný jiný přípravek.

U žen ve fertilním věku doporučujeme, po dobu terapie difencypronem, nasazení účinné antikoncepce.

Možná rizika zvoleného výkonu

- kontaktní alergický ekzém,
- celková alergická reakce typu zarudnutí, svědění, pálení, popřípadě tvorba puchýřků,
- lokální změna pigmentace,
- bolest hlavy, zvýšení tělesné teploty, zvětšení mízních uzlin.

Souhlas:**Pozn.: Vaši odpověď zakroužkujte**

Byl jsem srozumitelně informován o alternativách výkonu prováděných ve FN Olomouc, ze kterých mám možnost volit.	ANO	NE
Byl jsem informován o možném omezení v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti po provedení příslušného zdravotního výkonu.	ANO	NE
Byl jsem informován o léčebném režimu a preventivních opatřeních, která jsou vhodná, o provedení kontrolních zdravotních vyšetření.	ANO	NE
Všem těmto vysvětlením a informacím, které mi byly lékařem sděleny a vysvětleny, jsem porozuměl, měl jsem možnost klást doplňující otázky, které mi byly lékařem zodpovězeny.	ANO	NE

Po výše uvedeném seznámení prohlašuji:

- že souhlasím s navrhovanou péčí a s provedením výkonu a v případě výskytu neočekávaných komplikací, vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků nutných k záchraně života nebo zdraví, souhlasím s jejich provedením.	ANO	NE
- že jsem lékařům nezamlčel žádné mně známé údaje o mém zdravotním stavu, jež by mohly nepříznivě ovlivnit moji léčbu či ohrozit mé okolí, zejména rozšířením přenosné choroby.	ANO	NE
- že v případě nutnosti dávám souhlas k odběru biologického materiálu (krev, moč...) na potřebná vyšetření k vyloučení zejména přenosné choroby.	ANO	NE
- že souhlasím s přítomností studentů a stážistů při poskytování zdravotních služeb.	ANO	NE
- že souhlasím s tím, aby studenti a stážisté nahlíželi do mé zdravotnické dokumentace, a to pouze v nezbytném rozsahu a na základě pověření stanoveným zdravotnickým pracovníkem.	ANO	NE

Datum:	Hodina	Podpis pacienta nebo zákonného zástupce (opatrovníka)

Jméno příjmení lékaře , který podal informaci	Podpis lékaře , který podal informaci

Pokud se pacient nemůže podepsat, uveďte důvody, pro které se pacient nemohl podepsat:

Jak pacient projevil svou vůli:			
Jméno a příjmení zdravotnického pracovníka/svědka	Podpis zdravotnického pracovníka/svědka	Datum:	Hodina