

**Informovaný souhlas pacienta (zákonného zástupce pacienta)
s ozářením nádoru; ozářením po operaci nádoru**

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

Název výkonu

**Ozáření nádoru
Ozáření po operaci nádoru**

Účel výkonu

Zničení nádorových buněk ionizujícím zářením.
Zničení možných neviditelných ložisek nádoru.

Povaha výkonu

Léčebný výkon využívající ionizující záření.

Předpokládaný prospěch výkonu

Zničení nádorových buněk a s tím související zmenšení nádoru, zastavení růstu nádoru.
Zmenšení rizika rozšíření nádoru do dalších přilehlých oblastí.
Snížení rizika návratu nádorové nemoci.

Alternativa výkonu

.....

☐ ANO

☐ NE

Možná rizika zvoleného výkonu

V průběhu ozařování dochází ke změnám i na tkáních a orgánech nacházejících se v blízkosti nádoru. Charakter a intenzita změn je závislá na ozařované lokalitě a výši dávky. Většinou jsou to změny mírného a středního stupně a po skončení léčby zářením odezní během 2-4 týdnů. Nejčastěji jsou patrné změny na kůži (zarudnutí, otok, afty, bolestivost, suchost sliznic, při ozařování v oblasti břicha a pánve navíc nevolnost, častější stolice nebo průjmy, častější močení, pálení a řezání při močení, bolesti konečníku). Méně často může dojít v průběhu léčby zářením k závažnému poškození jako např. ke vzniku vředu, píštěle, krvácení, místnímu odumření tkáně, rozvratu metabolismu v důsledku průjmu, zvracení, sníženého příjmu potravy apod. Při ozáření větších objemů těla se může objevit únava, malátnost, nechutenství, nevolnost až zvracení. Může dojít ke snížení počtu červených krvinek, bílých krvinek a krevních destiček.

Následky výkonu

V důsledku ozáření mohou být v průběhu několika týdnů až měsíců pozorovány chronické změny na ozářených tkáních a orgánech: pigmentace, vazivové změny, suchost sliznic, kašel, problémy s polykáním, změny vnímání chutí, snížení funkce štítné žlázy, mírné průjmy, krvácení z konečníku, bolesti konečníku, přetrvávající nevolnost, změny v moči, snížená kapacita močového měchýře, bolesti kostí a kloubů, otoky, poruchy růstu vlasů a vousů, neplodnost, impotence. Méně často může dojít i k závažnému poškození jako např. ke vzniku vředu, píštěle, odumření části tkáně nebo orgánu, poškození ledvin, k vysokému krevnímu tlaku, poškození nervů, zraku, sluchu, významnému zhoršení dýchání, k poruchám srdeční funkce, ke zlomeninám kostí, ochrnutí těla a končetin. Důsledkem ozáření může být vznik druhotných nádorů a zhoubných onemocnění krve.

Souhlas:**pozn. Vaši odpověď zakroužkujte**

Byl(a) jsem srozumitelně informován(a) o alternativách výkonu prováděných ve FN Olomouc, ze kterých mám možnost volit.	ANO	NE
Byl(a) jsem informován(a) o možném omezení v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti po provedení příslušného zdravotního výkonu, v případě možné nebo očekávané změny zdravotního stavu též o změnách zdravotní způsobilosti.	ANO	NE
Byl(a) jsem informován(a) o léčebném režimu a preventivních opatřeních, která jsou vhodná, o provedení kontrolních zdravotních výkonů.	ANO	NE
Všem těmto vysvětlením a informacím, které mi byly lékařem sděleny a vysvětleny, jsem porozuměl(a), měl(a) 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(a) žádné mně známé údaje o zdravotním stavu, jež by mohly nepříznivě ovlivnit moji léčbu či ohrozit její 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
- že souhlasím s pořízením fotografie mé osoby, která bude součástí zdravotnické dokumentace a bude využita pro zvýšení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb.	ANO	NE
- že si nejsem vědoma těhotenství a rovněž, že informaci o těhotenství neprodleně nahlásím svému ošetřujícímu lékaři. Současně rozumím, že těhotenství je neslučitelné s ozařováním.	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