

**Informovaný souhlas pacienta (zákonného zástupce)
s ozařováním nádoru v oblasti hrudníku**

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

Název výkonu

Ozáření nádoru v oblasti hrudníku

Účel výkonu

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

Povaha výkonu

Léčebný výkon využívající ionizující záření. Naše zařízení je personálně i technicky vybaveno k provedení plánovaného výkonu. Tento výkon byl vybrán jako nejvhodnější vzhledem k povaze Vašeho onemocnění. Máte právo žádat informaci o rizicích spojených s tímto výkonem či léčbou, jakož i o podstatě a cílech plánovaného výkonu a o jiných možných metodách léčby.

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

Během ozařování a krátce po dokončení ozařování se mohou objevit kožní reakce v místě ozařování – zarudnutí, další barevné změny, mokvání, olupování kůže, pálení kůže, ztráta ochlupení, potíže při polykání, bolesti v krku, kašel, únava, pocit na zvracení, dále pokles hodnot krevního obrazu, snížení obranyschopnosti aj.

Následky výkonu

Po ukončení ozařování se mohou objevit kožní změny – změna barvy, suchost a snížená elasticita kůže, tužší podkoží, podkožní otok v oblasti hrudníku, řídnutí ozařovaných kostí, poškození nervových pletení (mravenčení a bolesti v horní končetině), snížení funkce štítné žlázy a ozařené části plic (jizevnaté změny, chronický zánět ozařené části plic).

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 jeho 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