

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

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

**Název výkonu**

**Ozáření nádoru v oblasti krku**

**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, otok sliznic polykacích cest, otok sliznice dutiny ústní, afty na sliznicích, bolesti v krku, zhoršení polykání, bolest při polykání, ztráta chuťových vjemů, snížení tvorby slin, slzení očí, únava, 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, těžší polykání, snížená tvorba slin, horší vnímání chutí, snížení funkce štítné žlázy, zhoršení zraku.

**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 |
|---------------------------------------------------|-----------------------------------------|-------|--------|
|                                                   |                                         |       |        |