

**Інформована згода пацієнта (законного представника пацієнта)
променевою терапією пухлини; післяопераційною променевою терапією**

Пацієнт – Ім'я та прізвище:	Персональний номер (номер застрахованого):
Дата народження: (якщо не має персонального номера)	Код страхової компанії:
Адреса постійного проживання пацієнта: (або інша адреса)	
Ім'я законного представника (опікуна):	Особистий ідентифікаційний номер:

Назва процедури

**променева терапія пухлини (Ozáření nádoru)
післяопераційна променева терапія (Ozáření po operaci nádoru)**

Мета процедури

Руйнування пухлинних клітин іонізуючим випромінюванням.
Знищення можливих невидимих вогнищ пухлини.

Характер процедури

Лікувальна процедура із застосуванням іонізуючого випромінювання.

Очікуваний результат від процедури

Руйнування пухлинних клітин і пов'язане з цим зменшення розміру пухлини, зупинка росту пухлини.
Зниження ризику поширення пухлини на інші прилеглі ділянки.
Зниження ризику рецидиву раку.

Альтернатива процедури

.....

☐ **ТАК**

☐ **НІ**

Можливі ризики обраної процедури

Під час опромінення також відбуваються зміни в тканинах і органах, розташованих поблизу пухлини. Характер та інтенсивність змін залежать від місця опромінення та дози. Зазвичай це легкі або помірні зміни, які зникають протягом 2-4 тижнів після променевої терапії. Найчастішими змінами є зміни шкіри (почервоніння, припухлість, афти, болючість, сухість слизових оболонок), нудота при опроміненні в області живота та тазу, часті випорожнення або діарея, часте сечовипускання, печіння і різь при сечовипусканні, біль у прямій кишці. Нечасто під час променевої терапії можуть виникнути серйозні пошкодження такі, як виразка, свищ, кровотеча, локальна загибель тканин, порушення метаболізму через діарею, блювоту, зниження споживання їжі тощо. При опроміненні більших ділянок тіла можуть виникати втома, нездужання, відсутність апетиту, нудота і блювота. Кількість еритроцитів, лейкоцитів і тромбоцитів може знизитись.

Наслідки процедури

В наслідок опромінення протягом декількох тижнів або навіть місяців можуть з'явитись явні хронічні зміни в опромінених тканинах та органах: пігментація, сполучнотканинні зміни, сухість слизових оболонок, кашель, проблеми з ковтанням, зміна смаковідчуття, зниження функції щитоподібної залози, діарея слабого ступеню, кровотеча з прямої кишки, болючість в прямій кишці, стійка нудота, зміни в сечі, зниження ємкості сечового міхура, біль в костях та суглобах, набряки, порушення росту волосся, вусів, бороди, безпліддя, імпотенція. Менш часто виникають і більш серйозні порушення, наприклад: виразки, свищі, загибель частини тканини або органу, пошкодження нирок, високий артеріальний тиск, пошкодження нервів, зору, слуху, значному погіршенню дихання, діяльності серця, переломам кісток, параліч тіла або кінцівок. Наслідком опромінення може бути поява вторинних пухлин та злоякісних захворювань крові

Згода:**прим. Обведіть кружком свою відповідь:**

Мене зрозуміло проінформували про альтернативи процедури, які виконуються в Оломоуцькій факультативній лікарні, з яких я маю можливість вибрати.	ТАК	НІ
Мене повідомили про можливі обмеження у звичайному способі життя та в працездатності після відповідної медичної процедури, у разі можливої чи очікуваної зміни стану здоров'я також про зміни здоров'я.	ТАК	НІ
Мене повідомили про схему лікування та відповідні профілактичні заходи, про проведення медичних оглядів.	ТАК	НІ
Я зрозумів/зрозуміла усі ці пояснення та інформацію, яку мені надав мій лікар, я мав/мала можливість задати додаткові запитання, на які відповів мій лікар.	ТАК	НІ

Після вищевказаного ознайомлення заявляю:

- що я згоден/згідна із запропонованим доглядом і виконанням процедури, а також у разі несподіваних ускладнень, які потребують термінового виконання інших втручань, необхідних для порятунку життя чи здоров'я.	ТАК	НІ
- що я не приховував/не приховувала від лікарів будь-якої відомої мені інформації про своє здоров'я, яка могла б негативно вплинути на моє лікування або поставити під загрозу моє оточення, особливо через поширення інфекційної хвороби.	ТАК	НІ
- що, у разі потреби, я даю згоду на забір біологічного матеріалу (кров, сеча) для необхідних досліджень, щоб виключити, зокрема, інфекційне захворювання.	ТАК	НІ
- Погоджуюсь із присутністю студентів та стажерів при наданні медичної допомоги.	ТАК	НІ
- Погоджуюсь із тим, щоб студенти та стажери ознайомлювались з медичною документацією, яка стосується мене, лише в необхідному обсязі та на основі уповноважень, встановлених медичним працівником.	ТАК	НІ
- Погоджуюсь із тим, що фотографія моєї особи буде частиною медичної документації та буде використана для поліпшення якості та безпеки надання медичних послуг.	ТАК	НІ
- що мені нічого не відомо про мою вагітність а також, що я негайно повідомлю інформацію про вагітність своєму лікуючому лікарю. Я також розумію, що вагітність несумісна з опроміненням.	ТАК	НІ

Дата	Час	Підпис пацієнта або законного представника (опікуна)

Ім'я та прізвище лікаря, що надав інформацію	Підпис лікаря, що надав інформацію

Якщо пацієнт не може підписати, вкажіть причини, чому пацієнт не зміг підписати:

Як пацієнт висловив свою волю :			
Ім'я та прізвище медичного працівника / свідка	Підпис медичного працівника / свідка	Дата	Година