

**Інформована згода пацієнта (законного представника пацієнта)
на опромінення головного мозку**

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 головного мозку
(Ozáření nádoru mozku)**

Мета процедури

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

Характер процедури

Лікувальна процедура із застосуванням іонізуючого випромінювання. Наше обладнання укомплектовано та технічно оснащене для виконання запланованої процедури. Ця процедура була обрана як найбільш відповідна через характер вашого захворювання. Ви маєте право запитувати інформацію про ризики, пов'язані з цією процедурою або лікуванням, а також про характер та цілі запланованої процедури та інших можливих методів лікування.

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 та незабаром після нього можуть виникнути шкірні реакції в місці опромінення: почервоніння, інші зміни кольору, мокріння, лущення шкіри, зокрема за вухами, печіння шкіри, втрата волосся, втома, слезотеча, головний біль, запаморочення, нудота, блювота, подальше зниження рівня показників крові, зниження імунітету і тд.

Наслідки процедури

Після опромінення можуть виникнути зміни шкіри, зокрема зміна кольору, сухість та зниження еластичності шкіри, затвердіння підшкірної клітковини, набряк підшкірної клітковини, поява місць без волоссяного покриву, порушення зору.

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