

**Інформована згода пацієнта (законного представника пацієнта)
на радіотерапію непухлинних захворювань**

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

**Опромінення, радіотерапія непухлинних захворювань
(Ozařování, nenádorová radioterapie)**

Мета процедури

Радіотерапія непухлинних захворювань (протизапальна) – це лікувальна променева терапія, що використовується при певних, конкретних дегенеративних захворюваннях.

Характер процедури

При радіотерапії непухлинних захворювань використовуються низькі дози опромінення – в 10 разів менші, ніж при променевої терапії пухлинних захворювань. Полегшення стану хворого настає після певного терміну після закінчення променевої терапії, зазвичай до 2 місяців. Є необхідно, аби лікар добре зважив повторне опромінення з огляду на отриману загальну дозу опромінення. Лікаря необхідно повідомити про всі попередні опромінення.

Очікуваний результат від процедури

Ціль процедури є полегшення стану хворого (насамперед болю рухового апарату).

Альтернатива процедури

..... ☐ **ТАК** ☐ **НІ**

Можливі ризики обраної процедури

На початку променевої терапії може виникнути тимчасове погіршення. Навіть дуже низькі дози опромінення, що використовуються при радіотерапії непухлинних захворювань, можуть мати винятковий вплив на опромінену область тіла, наприклад: почервоніння шкіри. Вищі дози опромінення могли б вести до більш серйозних пошкоджень: стоншення шкіри, розриви сухожилів, зменшення амплітуди рухів суглобів. Особливо це зустрічається у випадках повторного опромінення.

Ризики опромінення підвищуються також після локального застосування кортикостероїдів або в місцях змін шкіри (подразнення шкіри подразнюючими мазями, місця після опіків). Рідкісним довгостроковим ризиком є індукція росту пухлини в області опромінення. Цей ризик більш значний, особливо у молодих пацієнтів.

Якщо під час або після опромінення в області опромінення виникають проблеми, необхідно повідомити про це лікаря.

Абсолютними протипоказаннями до опромінення є вагітність та опромінення органів малого тазу у жінок дітородного віку. Відносними протипоказаннями є нещодавнє опромінення та нещодавнє місцеве застосування кортикоїдів (6 тижнів).

Наслідки процедури

Після закінчення опромінення на шкірі та сполучних тканинах можуть виникнути зміни: пігментація, фіброзні зміни, особливо при повторенні серії опромінення, ризик виникнення пухлин та злоякісних новоутворень крові.

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

Отримував опромінення в минулому	ТАК	НІ
Якщо так, то необхідно вказати рік опромінення, місце опромінення та медичну установу, у випадку необхідності дозу застосованого опромінення. Лікар може вимагати звіт про попереднє опромінення з відповідної медичної установи.		
Попереднє опромінення:		
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