

## Informovaný souhlas pacienta(tky) s výkonem

### **Povrchová brachyradioterapie**

#### **Vážená paní, Vážený pane,**

vzhledem k tomu, že jako svéprávný jedinec se podílíte významným způsobem na diagnostickém a léčebném postupu navrženém u Vaší osoby, máte nezadatelné právo být před Vaším rozhodnutím o těchto postupech podrobně informován(a).

Na základě Vašeho aktuálního zdravotního stavu Vám bylo lékařem indikováno zahájení brachyradioterapie.

#### **Co je brachyradioterapie a co je jejím cílem:**

Brachyradioterapie je jednou z metod léčby zářením.

Spočívá v umístění zdroje ionizujícího záření pomocí speciálního zařízení přímo do ozařované oblasti.

Cílem této léčby je poškození nádorových buněk a tím jejich zánik nebo poškození nádorových buněk do té míry, aby již nebyly schopny dalšího rozmnožování.

Buňky zdravých tkání, které se nacházejí v okolí nádoru, jsou zářením zasaženy rovněž, na rozdíl od buněk nádorových jsou však schopné zotavení.

Léčba zářením se snaží ozářit nádor maximální možnou dávkou při zatížení zdravých tkání dávkou co nejmenší.

Během léčby zářením není léčený člověk sám zdrojem záření! Může se tedy bez omezení stýkat se svými blízkými bez obav, že by je jakkoliv ohrozil.

Pokud by jste se chtěl(a) informovat o jiných možnostech léčby Vašeho onemocnění, učiňte tak v pohovoru s lékařem.

#### **Alternativa výkonu:**

Alternativou výkonu je zevní ozáření. Oproti povrchové brachyradioterapii je ale méně šetrné a má vyšší pravděpodobnost vzniku pozdních vedlejších účinků na ozářenou oblast.

#### **Jak se chovat před radioterapií:**

Jakoukoliv změnu svého zdravotního stavu co nejdříve oznámit lékaři na radioterapeutickém pracovišti.

#### **Jaký je postup provádění této léčby (kde, jak často a jak dlouho):**

Povrchová brachyradioterapie spočívá v přiložení neaktivního aplikátoru na ozařované místo. Aplikátorem prochází zářič, který cíleně ozáří danou oblast. Ozařování se provádí obvykle v několika po sobě jdoucích dnech. Jde o jednoduchý a organismus celkově nezatěžující výkon, proto se zpravidla provádí ambulantně.

#### **Jaké jsou možné komplikace:**

Nežádoucí účinky jsou jednou z nejčastějších obav, se kterou se pacienti dostavují na radioterapeutická pracoviště. Je proto vhodné zdůraznit, že jejich závažnost je případ od případu různá, závisí na druhu použitého záření a jeho dávce, na velikosti ozařovaného objemu a v neposlední řadě také na vnímavosti ozařovaného pacienta.

U povrchové brachyradioterapie je jediným nežádoucím účinkem reakce na kůži.

Kůže se stává sušší, zčervená, někdy může dojít i k narušení jejího povrchu. Tyto akutní změny na kůži po ukončení léčby postupně zmizí, v některých případech nelze na ozářených plochách vyloučit dlouhodobé mírné zesílení kůže.

#### **Jaký je režim pacienta po provedení výkonu:**

Aby se předešlo výrazným změnám kůže nebo aby se tato kožní reakce snížila, je vhodné dodržovat tyto zásady:

- nošení volného, nepřiléhavého, nejlépe bavlněného oděvu,
- kůži mechanicky nedráždit, nezahřívát ani nechladit,
- ozařovanou kůži nevystavovat slunečnímu záření,

- od zahájení ozařování kůži jen omývat a sprchovat čistou, vlažnou vodou a nepoužívat odmašťující prostředky (mýdla, gely, deodoranty ani jiné kosmetické výrobky).

Vhodný způsob péče o kůži nutno konzultovat s lékařem v průběhu celé léčby.

**Identifikační údaje pacienta(tky):**

Příjmení:		Jméno:		Titul:		RČ:	
-----------	--	--------	--	--------	--	-----	--

**Identifikační údaje zákonného zástupce, opatrovníka:**

Příjmení:		Jméno:		Titul:		RČ:	
-----------	--	--------	--	--------	--	-----	--

**Plánovaný výkon:**

<b>Povrchová brachyradioterapie</b>
-------------------------------------

**Vysvětlující pohovor provedl:**

--

Identifikace a podpis lékaře

**Informaci o mém zdravotním stavu možno sdělit:** .....

Prohlašuji, že mi byl náležitě objasněn důvod, předpokládaný prospěch, způsob provedení, následky i možná rizika a komplikace plánovaného výkonu. Dále mi byly vysvětleny možné alternativy včetně jejich komplikací a zdravotní důsledky vyplývající z nepodstoupení plánovaného výkonu. Měl(a) jsem možnost zeptat se lékaře na všechno, co mě ve vztahu k plánované léčbě zajímá a obdržel(a) jsem vysvětlení, kterému jsem porozuměl(a). S podáním výše uvedené léčby souhlasím.

Dále prohlašuji, že jsem pravdivě informoval(a) ošetřujícího lékaře o dosavadním vývoji svého zdravotního stavu, včetně informací o infekčních nemocech, o zdravotních službách poskytovaných jinými poskytovateli, o užívání léčivých přípravků, včetně užívání návykových látek, a dalších skutečnostech podstatných pro poskytování zdravotních služeb a nezatajil(a) jsem žádné okolnosti svého zdravotního stavu, které jsou překážkou v provedení výkonu, či mohou být v jakékoli souvislosti se vznikem komplikací.

Bylo mi podáno vysvětlení, že v případě výskytu neočekávaných komplikací vyžadujících neodkladné provedení dalších výkonů nutných k záchraně mého života nebo zdraví, budou tyto výkony provedeny.

V Ostravě dne: .....

.....  
podpis pacienta(tky), zákonného zástupce,  
opatrovníka