**Informovaný souhlas pacienta (zákonného zástupce pacienta)**

**s terapií otevřenými zářiči aplikovanými nitrožilně**

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

|  |
| --- |
| **Název výkonu**  **Léčba otevřenými zářiči** |

|  |
| --- |
| **Účel výkonu**  Cílem léčby je intenzivní ozáření patologicky změněné tkáně. |

|  |
| --- |
| **Povaha výkonu**  Radiofarmakum je aplikováno nitrožilně a následně dochází k jeho cílenému vychytávání v patologické tkáni. Atomy radioizotopu vyzařují intenzivně působící záření s doletem několika milimetrů – dochází tedy k cílenému poškození patologické tkáně. Radiofarmakum se ve zbytku těla vychytává méně – léčba je proto cíleně zaměřena na patologický proces.  S pravidly radiační hygieny po aplikaci radiofarmaka je pacient písemně seznámen. |

|  |
| --- |
| **Předpokládaný prospěch výkonu**  Cílem terapie je intenzivní ozáření patologicky změněné tkáně, která působí pacientovi potíže. Toto ozáření má za cíl tuto tkáň poškodit a mírnit potíže pacienta. |

|  |
| --- |
| **Alternativa výkonu**  Alternativou bývá zevní ozáření, chemoterapie, případně léčba léky tlumícími bolest. Při volbě terapie otevřenými zářiči se indikující lékař rozhoduje na základě zvážení předpokládaného efektu terapie. |

|  |
| --- |
| **Možná rizika zvoleného výkonu**  Radiační zátěž spojená s tímto vyšetřením je obdobná jako u většiny radiodiagnostických postupů. Riziko alergické reakce je extrémně nízké. |

|  |
| --- |
| **Následky výkonu**  Po terapii může dojít k dočasnému poklesu počtu krvinek. |

|  |
| --- |
| **Propouštěcí informace po podání radiofarmaka**  Váš pobyt s rodinnými příslušníky není z důvodu radiační zátěže omezen (je vhodné oddálit - v řádu několika dní - kontakt s dětmi a těhotnými ženami). V případě inkontinentních, zvracejících pacientů apod. je nutné potřísněné pleny nebo jiné materiá­ly skladovat 2 týdny v igelitovém pytli mimo obytné prostory (např. ve sklepě, garáži) a poté lze materiál vyhodit nebo vyprat. |

**Souhlas:**

|  |
| --- |
| ***Pozn.: Vaši odpověď zakroužkujte*** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Jste těhotná? | ANO | NE |
| Kojíte? | ANO | NE |
| 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 zdravotnickým pracovníkem sděleny  a vysvětleny, jsem porozuměl(a), měl(a) jsem možnost klást doplňující otázky, které mi byly zdravotnickým pracovníkem 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 jejich provedením. | ANO | NE |
| * že jsem lékařům nezamlčel(a) žádné mně známé údaje o mém zdravotním stavu, jež by mohly nepříznivě ovlivnit moji léčbu či ohrozit mé 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 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Datum: | Hodina | Podpis pacienta nebo zákonného zástupce (opatrovníka) |
|  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Jméno a příjmení oprávněného zdravotnického pracovníka, který podal informaci o přípravě a průběhu | Podpis oprávněného zdravotnického pracovníka, který podal informaci o přípravě a průběhu |
|  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Jméno a příjmení lékaře/ky, který(á) podal(a) pacientovi informaci o indikacích a kontraindikacích vyšetření | Podpis lékaře/ky, který(á) podal(a) pacientovi informaci o indikacích a kontraindikacích vyšetření | Datum | Hodina |
|  |  |  |  |

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