



## Informovaný souhlas pacienta (zákonného zástupce pacienta) s terapií <sup>177</sup>Lu

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

### Název výkonu

**Terapie <sup>177</sup>Lu**

### 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 – 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 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

Terapie je spojeno s ozářením i dalších tkání. Riziko alergické reakce je extrémně nízké.

### Následky výkonu

Po terapii může dojít k dočasnému poklesu počtu krvinek.

### Propouštěcí informace po podání radiofarmaka

Po aplikaci terapeutické aktivity je doporučeno v následujících 7 dnech po propuštění z nemocnice omezit kontakt s dalšími osobami a po dobu 14 dní po propuštění z nemocnice omezit kontakt s dětmi a těhotnými ženami a řídit se pravidly radiační hygieny. V případě inkontinentních, zvracejících pacientů apod. je nutné potřísněné pleny nebo jiné materiály skladovat 7 dní 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

<b>Po výše uvedeném seznámení prohlašuji:</b>		
- 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

<b>Pokud se pacient nemůže podepsat, uveďte důvody, pro které se pacient nemohl podepsat:</b>			
<b>Jak pacient projevil svou vůli:</b>			
Jméno a příjmení zdravotnického pracovníka/svědka	Podpis zdravotnického pracovníka/svědka	Datum	Hodina