Olomoucká 470/86, Předměstí, 746 01 Opava

# INFORMOVANÝ SOUHLAS
# K LÉKAŘSKÉMU OZÁŘENÍ PRO PALIATIVNÍ ANALGETICKOU TERAPII

jméno, příjmení pacienta/pacientky:_____
(hůlkovým písmem)

výška/váha pacienta/pacientky:_____

rodné číslo (číslo pojištěnce): _____

adresa místa trvalého pobytu pacienta/pacientky:_____

_____

**Účel, důvod zákroku (vyšetření)**
Léčba radionuklidy na doporučení indikujícího lékaře.
Paliativní analgetická terapie kostních metastáz radionuklidy.

**Rizika zákroku (vyšetření)** *(existují určitá rizika, která jsou spojena s tímto typem zákroku (vyšetření)):*
Komplikace v místě vpichu, bolest, pálení.

Velmi vzácně alergické reakce v závislosti na druhu použitého radiofarmaka.

Velmi vzácně v závislosti na druhu použitého radiofarmaka bolest hlavy, pocení, průjem, pocit na zvracení, kovová pachuť v ústech, zimnice, zvýšená teplota, přechodně zvýšená bolest v kostech po dobu 72-ti hod.

Riziko vyplývající z lékařského ozáření – riziko dávky léčebného ozáření nepřevyšuje přínos terapie pro zlepšení zdravotního stavu.

Kontraindikací léčebného ozáření je těhotenství a kojení, věk do18-ti let, těžká porucha krvetvorby, ledvinové selhání, močová inkontinence.

Je nutné sledování parametru krevního obrazu indikujícím lékařem po dobu až 8 týdnů, počínaje 2 týdny po aplikaci.

Není vhodný souběh s radioterapií a chemoterapií. Je nutné dva týdny před terapií vysadit léky s vápníkem a bifosfonáty.

**Alternativa k výkonu:**
Medikamentózní léčba opiátovými analgetiky.

**Co může udělat sám(a) pacient(ka) pro prevenci komplikací:**
Nutnost setrvat po aplikaci radiofarmaka minimálně 6 hodin na oddělení nukleární medicíny.

Informovat lékaře o případném těhotenství a kojení.

Informovat lékaře ONM o svém zdravotním stavu (typ onemocnění, současná terapie, alergie, snížení ledvinných funkcí).

Omezit po dobu 1 týdne přímý kontakt s malými dětmi a těhotnými ženami.

Zvýšit příjem tekutin po aplikaci radiofarmaka k urychlení jeho vylučování.

Přísně dodržovat pravidla hygienického režimu, se kterými jsem byl ústně seznámen(a) a v písemné formě mi byly předány.

Olomoucká 470/86, Předměstí, 746 01 Opava

**Já, níže podepsaný(á) pacient(ka), potvrzuji:**

že jsem byl(a) lékařem srozumitelným způsobem v dostatečném rozsahu informován o účelu, povaze, průběhu, předpokládaném přínosu, možných důsledcích a rizicích zdravotního výkonu,

že jsem byl(a) srozumitelným způsobem v dostatečném rozsahu informován o dodržování správných zásad radiohygieny při terapeutické aplikaci radiofarmak,

že mi bylo umožněno položit lékaři otázky, týkající se plánované léčby, otázky byly zodpovězeny lékařem k mé spokojenosti,

že jsem srozuměn(a) s tím, že neexistuje záruka toho, že terapie změní můj zdravotní stav k lepšímu,

že jsem nezamlčel(a) žádné informace o svém zdravotním stavu, které by mohly mít vliv na terapii,

že jsem při plném vědomí, orientován(a) v čase, místě a osobou, a již nemám žádné další otázky,

že jsem měl(a) možnost přečíst si příbalovou informaci pro uživatele o účelu, povaze zákroku, jeho důsledcích, rizicích a alternativách,

pro případnou cestu do zahraničí bezprostředně po vyšetření si mohu vyžádat potvrzení o aplikaci radionuklidu pro orgány celní správy,

bylo mi podáno vysvětlení, že v případě výskytu neočekávaných komplikací vyžadující neodkladné provedení dalších výkonu nutných k záchraně mého života nebo zdraví, budou výkony provedeny.

V současnosti těhotenství ANO - NE a kojení ANO – NE.

**Na základě výše uvedeného prohlášení jsem se rozhodl(a) požádat o výše uvedený zákrok (vyšetření).**

Datum:

Podpis pacienta/pacientky nebo zákonného zástupce:_____

Jméno a příjmení

zákonného zástupce /opatrovníka/:_____

RČ:_____

**Prohlášení lékaře**

Seznámil jsem pacienta s jeho zdravotním stavem, potřebou léčebného zákroku (diagnostického vyšetření) a riziky spojené s realizací tohoto zákroku (vyšetření), s relevantními léčebnými alternativami a jejich riziky, s následky v případě, že se rizika realizují, specifickými riziky pro tohoto pacienta a následky v případě, že se pacient zákroku (vyšetření) nepodrobí. Dal jsem příležitost pacientovi (popř. jeho zástupci) položit otázky týkající se výše uvedených záležitostí nebo otázky týkající se jeho jiných obav. Na dané otázky jsem odpověděl srozumitelně, v potřebném rozsahu a co nejlépe. Jsem přesvědčen o tom, že pacient pochopil výše uvedené informace tak, aby byl schopen se informovaně rozhodnout. Vyjadřuji souhlas s indikací vyšetření na návrh indikujícího lékaře.

Datum: Jméno lékaře:_____ Podpis lékaře:_____