

INFORMOVANÝ SOUHLAS SE ZÁKROKEM u zletilého a způsobilého pacienta

Informovaný souhlas s:	Nenádorovou radioterapií pro dg.:		
Pacient(ka) – jméno a příjmení:		Rodné číslo (číslo pojištění):	
Datum narození: (není-li rodné číslo)		Kód zdravotní pojišťovny:	
Adresa trvalého pobytu pacienta: (případně jiná adresa)			

Informující lékař:

Zdravotní výkon:	
1)	Nenádorová radioterapie je lékařské ozáření, které se provádí u vybraných chorob, jiných než nádorových. Nejčastěji se jedná o choroby pohybového aparátu nebo choroby kožní. Cílem nenádorové radioterapie je úleva od obtíží, způsobených nezhoubným, nenádorovým onemocněním. Nejčastější obtíží je bolest.
2)	Pacienti jsou k radioterapii nenádorového onemocnění odesíláni při nevhodnosti či neúčinnosti jiné léčebné metody. V mnohých případech se v praxi radioterapie předepisuje tam, kde nebyla efektivní jiná fyzikální a rehabilitační léčba, kde nepomohly obstrukce. Léčbu doporučuje specialista jiného medicínského oboru (např. ortoped, revmatolog, rehabilitační či kožní lékař, praktický lékař). Indikaci k radioterapii potvrzuje a léčbu předepisuje lékař se specializací v radioterapii. Léčba, která vám byla navržena, odpovídá národním radiologickým standardům
3)	U nenádorového ozařování se používají malé dávky, právě takové, aby nemohlo dojít k poškození ozařované tkáně a přitom se dosáhlo léčebného účinku. Léčba se provádí pomocí rentgenového ozařovače, jen u určitých chorob se k ozařování používá lineární urychlovač. V průběhu léčby zářením nesmí být na ozařovanou oblast podávána žádná jiná fyzikální léčba ani žádné dráždivé masti. Není vhodné opalování ani používání solárií. Svým podpisem nemocný potvrzuje, že lékaře pravdivě informoval o předchozí léčbě, zejména o dřívější léčbě zářením. 4 až 6 týdnů před zahájením ozařování nesmí být do léčené oblasti podán roztok s kortikoidem, tak zvaný opich. Ženy mladší 40 let dále svým podpisem potvrzují, že nejsou těhotné v době, kdy budou docházet ozařování. Ozařování u osob mladších 40 let se indikuje jen výjimečně, a to pouze v případech, kdy selžou jiné možné léčebné metody.
4)	Ozařuje se 1 až 2krát týdně. Celkovou dávku záření určuje lékař. Počet sezení může být lékařem upraven (snížen i zvýšen) při kontrole v průběhu léčby. Léčba se provádí pomocí rentgenového ozařovače, jen u určitých chorob se k ozařování používá lineární urychlovač. Léčebný efekt záření se nemusí projevit bezprostředně v průběhu léčby, ale jeho nástup bývá často opožděn až o několik týdnů po ukončení vlastní léčby (4 až 8 týdnů).
5)	Pokud při seznámení s tímto textem nebo v průběhu cyklu ozařování budete mít další dotazy a nejasnosti, obraťte se s nimi na lékaře při přípravě radioterapie, pro simulaci ozařovacího plánu nebo kdykoliv při lékařské kontrole v průběhu léčby. Byl/a jsem poučen/a o právu svobodně se rozhodnout o postupu při poskytování zdravotnických služeb, pokud to jiné předpisy nevyklučují.

Pacient potvrzuje a svým podpisem stvrzuje, že poučení mu bylo výše uvedeným lékařem osobně, srozumitelně, ústně a v dostatečném rozsahu vysvětleno, že měl čas a možnost je uvážit, porozuměl mu a měl i možnost klást doplňující otázky, které se vztahují k jeho zdravotnímu stavu a navrhovaným zdravotním službám a tyto mu byly srozumitelně a v dostatečném rozsahu zodpovězeny a že již dříve byl seznámen se svým zdravotním stavem.

Pacient dále potvrzuje a svým podpisem stvrzuje, že souhlasí s navrhovanou péčí a s provedením výkonu a že mu rovněž bylo vysvětleno, že v případě výskytu neočekávaných komplikací vyžadujících neodkladné provedení dalších výkonů nutných k záchraně života nebo zdraví, budou tyto výkony provedeny.

Místo podpisu: Liberec

Datum a čas:

Podpis lékaře:

Podpis pacienta:

Varianta pro případ pacienta, který se nemůže podepsat nebo se odmítá podepsat:

Pacient odmítl podepsat informovaný souhlas. / Pacient se nemůže podepsat z důvodu, že:
(*například: schopnost jemných pohybů ruky a pevného ovládní prstů jsou viditelně podstatně omezeny*)

Pacient projevil svůj souhlas tak, že:
(*například: ústně potvrdil všechna jednotlivá prohlášení*)

Místo podpisu:

Datum a čas:

Podpis lékaře:

Jméno svědka:
(není-li svědek pracovníkem zdravotnického zařízení, uveďte se adresa a datum narození svědka)

Podpis svědka: