



INFORMOVANÝ SOUHLAS SE ZÁKROKEM u zletilého a způsobilého pacienta

Informovaný souhlas s:	Informovaný souhlas s cytostatickou léčbou. Preparát: ІНФОРМОВАНА ЗГОДА НА ЦИТОСТАТИЧНУ ТЕРАПІЮ ПІДГОТОВКА:		
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:

Definice: Chemoterapie (léčba cytostatiky) je léčba protinádorová. Tato terapie svým zásahem do buněčného cyklu brání nádorové buňce v dalším dělení a tím ji ničí. Tato léčba není přesně cílena, proto ničí i zdravé buňky (např. v kostní dřeni a zažívacím traktu).

Визначення: Хіміотерапія (лікування цитостатиками) - це протипухлинне лікування. Ця терапія своїм втручанням в клітинний цикл запобігає подальшому поділу пухлинної клітини і тим самим руйнує її. Це лікування не є точно цільовим, тому руйнує навіть здорові клітини (наприклад, в кістковому мозку і травному тракті).

Cíl a důvod výkonu:

- zabránění návratu nádorového onemocnění po předcházející léčbě (adjuvantní podání)
- zmenšení nádorového ložiska a následně jeho odstranění (neoadjuvantní podání)
zpomalení progresu generalizovaného nádorového onemocnění (paliativní podání)

Мета і причина продуктивності:

- запобігання рецидиву раку після попереднього лікування (ад'ювантне введення)
- зниження пухлинного вогнища і подальше видалення (неoad'ювантне введення) уповільнення прогресування генералізованого раку (паліативне введення)

Alternativy k výkonu: chirurgická léčba, biologická léčba, hormonální léčba

Альтернативи процедури/інші варіанти продуктивності: хірургічне лікування, біологічна терапія, гормональна терапія

Příprava před výkonem: napíchnutí periferní žíly / žilního portu

Підготовка перед процедурою: прокол периферичної вени / венозного порту

Postup při výkonu: aplikace léků nitrožilně proti zvracení / proti alergii / proti teplotě, zvýšená hydratace, aplikace léků nitrožilně, nitrosvalově či podkožně nebo ve formě tablet, kontroly krevního tlaku, pulsu, monitorace pacienta

Метод проведення процедури: застосування препаратів внутрішньовенно проти блювоти / проти алергії / проти температури, підвищена гідратація, застосування препаратів внутрішньовенно, внутрішньом'язово або підшкірно або у вигляді таблеток, контроль артеріального тиску, пульс, спостереження пацієнта

Průběh a péče po výkonu/případná omezení: pravidelné kontroly krevního obrazu, ledvinných a jaterních funkcí, moči, cukru v krvi, funkce štítné žlázy. **Doporučujeme:**

- ✓ omezení pobytu na přímém slunci, ochrana pokožky krémem s ochranným faktorem 20 a více, nošení pokrývky hlavy a oblečení s dlouhým rukávem, omezení zvýšené fyzické aktivity, pravidelnou životosprávu,
- ✓ vyvarovat se styku s nemocnými lidmi, popř. pobytu ve velkém kolektivu lidí v době poklesu krevního obrazu, zvýšený příjem tekutin, pravidelný dostatečný příjem potravy,
- ✓ v případě horeček, výrazného zvracení či průjmů, většího úbytku na váze, výskytu vyrážky nutno neprodleně kontaktovat ošetřujícího lékaře a přijít na kontrolu.

Курс і догляд після проведення процедури / можливі обмеження: регулярні перевірки показників крові, функції нирок і печінки, сечі, цукру в крові, функції щитовидної залози. **Ми рекомендуємо:**

- ✓ обмеження впливу прямих сонячних променів, захист шкіри кремом з фактором захисту від 20 і більше, носіння головного убору і одягу з довгими рукавами, обмеження підвищеної фізичної активності, регулярне харчування,
- ✓ уникати контакту з хворими людьми або перебувати у великій групі людей в момент зниження рівня крові, підвищене споживання рідини, регулярного достатнього прийому їжі,
- ✓ при лихоманці, значній блювоті або діареї, більша втрата ваги, появі висипань необхідно негайно звернутися до лікаря і приходьте на огляд.

Možné časté komplikace a následující rizika:

- ✓ útlum krvetvorby (pokles počtu bílých a červených krvinek, krevních destiček), slizniční reakce (afty, záněty sliznic), pachuť v ústech, suchost sliznic, zvýšené slinění, zažívací obtíže (nechutenství, pálení žáhy, nevolnost, zvracení, průjem), vypadávání vlasů (dočasné), změny nehtů, neurologické příznaky (brnění končetin, změna kožní citlivosti, pískání v uších, zhoršení jemné motoriky), útlum menstruačního cyklu či tvorby spermií (většinou dočasný), alergická reakce na podané léky, kožní projevy (vyrážka, kožní praskliny na dlaních a ploskách, olupování pokožky), chřipkové příznaky: únava, bolesti hlavy, svalů, kloubů, teploty (někdy i s třesavkou),
- ✓ kožní reakce v místě vpichu: zarudnutí, zatuhnutí, bolest, bolesti kloubů, sklon k řidnutí kostí, snížení funkce štítné žlázy, snížení obranyschopnosti organismu, plicní fibróza, zhoršení funkce ledvin, selhání ledvin, zhoršení nálady, deprese, nespavost, zhoršení laboratorních ukazatelů (jaterních a ledvinných testů, iontů, kyselina močová), vegetativní obtíže (návaly), svědění pochvy, někdy i krvácení z pochvy
- ✓ retence tekutin s otoky, zvýšené slzení, zánět spojivek, hluboký zánět žil, plicní embolie, teratogenní účinky (pokud je cytostatikum podáno těhotné ženě), riziko vzniku jiného typu rakoviny.

Можливі часті ускладнення та інші ризики:

- ✓ загасання кровотворення (зменшення кількості білих і еритроцитів, тромбоцитів), слизові реакції (виразка рота, афти, запалення слизових оболонок), присмак ротової порожнини, сухість слизових оболонок, підвищене слиновиділення, проблеми з травленням (відсутність апетиту, печія, нудота, блювота, діарея), випадання волосся (тимчасове), зміна нігтів, неврологічні симптоми (поколювання кінцівок, зміна чутливості шкіри, свист у вухах, погіршення дрібної моторики), загасання менструального циклу або вироблення сперми (в основному тимчасове), алергічна реакція на введені ліки, шкірні прояви (висип, тріщини шкіри на долонях і підшвах, лущення шкіри), грипоподібні симптоми: втома, головний біль, м'язи, біль у суглобах, температура (іноді з тремтінням),
- ✓ шкірні реакції в місці ін'єкції: почервоніння, затвердіння, біль у суглобах, схильність до тонких кісток, зниження функції щитовидної залози, зниження захисних сил організму, легеневий фіброз, порушення функції нирок, ниркова недостатність, погіршення настрою, депресія, безсоння, погіршення лабораторних показників (печінкові та ниркові проби, іони, сечова кислота), вегетативні проблеми (припливи), вагінальний свербіж, іноді вагінальні кровотечі

- ✓ затримка рідини при набряках, підвищена сльозотеча, кон'юнктивіт, глибоке запалення вен, легенева емболія, тератогенні ефекти (якщо цитостатичний препарат дається вагітній жінці), ризик розвитку іншого типу раку.

F-IS-TN-257 2012 Verze 3

Datum/ Дата:

Jméno lékaře/ Ім'я лікаря: Podpis lékaře/ Підпис лікаря:

.....

PACIENT / ZÁKONNÝ ZÁSTUPCE:

1. Přečtete si laskavě pozorně text tohoto souhlasu.
2. Pokud jste plně nerozuměli lékařovu vysvětlení, nebo pokud potřebujete doplňující informace, neváhejte se lékaře znovu zeptat.
3. Pokud souhlasíte s textem prohlášení, podepište jej.

ПАЦІЄНТ / ЗАКОННИЙ ОПІКУН:

1. Будь ласка, уважно прочитайте текст цієї згоди.
2. Якщо ви не до кінця зрозуміли пояснення лікаря, або якщо вам потрібна додаткова інформація, не соромтеся знову звернутися до лікаря.
3. Якщо ви згодні з текстом заяви, будь ласка, підпишіть її.

Já, pacient / zákonný zástupce prohlašuji, že jsem byl/a lékařem srozumitelně a včas informován/a o povaze lékařského výkonu / lékařského postupu uvedeného výše, byl jsem též informován/a o možných rizicích tohoto výkonu. Měl/a jsem možnost klást lékařovi doplňující dotazy a pokud tomu tak bylo, veškeré mé dotazy byly zodpovězeny. Své rozhodnutí činím po pečlivé úvaze a po posouzení všech rozhodujících skutečností.

Я, пацієнт /законний опікун, заявляю, що лікар мене проінформував зрозуміло і своєчасно про характер медичної процедури, згаданої вище, мене також проінформували про можливі ризики цієї процедури. У мене була можливість задати лікарю додаткові питання, і якщо так, то на всі мої запитання відповіли. Я приймаю своє рішення після ретельного розгляду і після оцінки всіх відповідних фактів.

Na základě tohoto poučení prohlašuji, že souhlasím:

- s uvedeným léčebným postupem,
- s tím, že může být proveden jakýkoliv další související výkon, pokud by jeho neprovedení bezprostředně ohrozilo můj zdravotní stav / zdravotní stav opatrované osoby a vzhledem ke konkrétní situaci nebude možno získat můj aktuální souhlas.

На підставі цієї інструкції заявляю, що згоден:

- із зазначеним курсом лікування,
- з тим, що будь-яке інше пов'язане виконання може бути виконано, якщо його відмова негайно поставить під загрозу моє здоров'я / стан здоров'я особи, про яку піклуються, і через конкретну ситуацію не вдасться отримати мою поточну згоду.

Jsem srozuměn/a s tím, že:

- uvedený léčebný postup nemusí být proveden lékařem, který mne dosud ošetřoval,
- souhlas se pokládá za informovaný také v případě, že se podle § 32 odst. 1 zákona č. 372/2011 Sb. podání informace vzdávám.

Я розумію, що:

- зазначена процедура лікування не повинна проводитися лікарем, який лікував мене до цих пір,



згода також вважається поінформованою, якщо відповідно до § 32 п. 1 Закону No 372/2011 Sb. Я відмовляюся від подання інформації.

Datum: **Podpis pacienta:**

Дата: **Підпис пацієнта:**

Jméno a podpis zákonného zástupce (1):

Jméno a podpis zákonného zástupce (2):

Jméno a podpis pacientem určené osoby při přijetí v Informovaném souhlasu s hospitalizací:

.....

Ім'я та підпис законного представника (1):

Ім'я та підпис законного представника (2):

Ім'я та підпис призначеної особи пацієнта при прийомі в Інформованій згоді на госпіталізацію:

.....

**POKUD SOUHLAS NELZE PACIENTEM PODEPSAT, VYPLŇTE DLE SITUACE
VARIANTU A) NEBO B):**

a) **Jméno svědka (zdravotnický pracovník):**

Podpis:

Datum:

b) **Jméno svědka:** **Rodné číslo:**

Adresa bydliště: **Číslo OP:**

Datum:

**ЯКЩО ЗГОДА НЕ МОЖЕ БУТИ ПІДПИСАНА ПАЦІЄНТОМ, ЗАПОВНІТЬ ВІДПОВІДНО ДО СИТУАЦІЇ
ВАРІАНТ (А) АБО (В):**

c) **Ім'я свідка (медичного працівника):**

Підпис:

Дата:

d) **Ім'я свідка:** **Особистий ідентифікаційний номер / Дата народження:**

Адреса проживання: **Ідентифікаційний номер картки / Дата народження:**

Дата:
