VŠEOBECNÁ FAKULTNÍ NEMOCNICE V PRAZE
U Nemocnice 499/2, 128 08 Praha 2 | IČ: 00064165, tel.: 224 961 111

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno a příjmení:	**r. č.:**
Zákonný zástupce pacienta (jméno, příjmení):	

Označení zdravotního výkonu (popřípadě několika výkonů):

LEČBA SVĚTLEM O DANÉ VLNOVÉ DÉLCE (SVĚTLOLÉČBA):

☐ **ZÁŘENÍ KRÁTKÉ VLNOVÉ DÉLKY (UVB)**
☐ **ZÁŘENÍ DLOUHÉ VLNOVÉ DÉLKY (UVA)**
☐ **ZÁŘENÍ DLOUHÉ VLNOVÉ DÉLKY S PŘIDÁNÍM LÁTEK ZVYŠUJÍCÍCH JEHO ÚČINNOST**

Účel, povaha, předpokládaný prospěch, následky a možná rizika zdravotního výkonu:
Výsledky provedených klinických vyšetření u Vás prokázaly onemocnění kůže. Ve Vašem případě lze ovlivnit průběh potíží působením některých druhů světelných paprsků vybraných podle vlnové délky tak, aby ostatní, pro Vaši kůži neužitečné záření, ji zbytečně nezatěžovalo. Toto je možné prostřednictvím speciálních přístrojů schopných vyzařovat paprsky o delších, či kratších vlnových délkách.
Před zahájením léčby musí lékař znát Váš zdravotní stav a zejména celkově podávané léky. Je celá řada onemocnění, u kterých se ozařování světlem nemůže provádět. Stejně existují i léky, při jejichž používání nelze pacienta ozařovat, protože mohou vyvolávat podráždění kůže. Je nezbytně nutné, abyste o svém zdravotním stavu a užívaných lécích úplně a správně informovali lékaře. V případě pochybností informujte lékaře o své nejistotě a vyžádejte si od svého ošetřujícího lékaře (praktický lékař, odesílající dermatolog apod.) zprávu shrnující Vaše zdravotní významné údaje.
Na základě typu Vašeho kožního onemocnění a s přihlédnutím i k jiné léčbě celkově podávanými léky určí lékař zde na našem pracovišti první dávku, kterou podle citlivosti Vaší pokožky na záření bude pravidelně zvyšovat. V případě, že by se objevilo na kůži výraznější podráždění, jste povinen/a toto neprodleně oznámit ošetřujícímu lékaři (přímo, či prostřednictvím provoz zajišťující sestry), aby mohl provést příslušná opatření. Před samotným zářením si neošetřujte kůži mastmi, protože tyto by mohly zhoršit průnik záření do postižených míst. Promazávání kůže je vhodné provádět až po ozáření.
U dlouhovlnného záření platí, že stejně tak jako léky i kosmetika a některé složky potravin, které mohou vyvolat podráždění kůže nebo dokonce alergické reakce na kůži. Mezi rizikové patří například některá antibiotika, léky pro správnou činnost srdce, některé léky na zvýšený krevní tlak, některé léky na proti-nádorovou léčbu, dokonce někdy i léky na léčbu zánětů kloubů, z kosmetiky mohou působit podráždění kůže různé parfémy a z potravin mimo jiné celer, mrkev, pastinák, petržel a další příbuzné (okoličnaté) rostliny, routa, třezalka tečkovaná, aj. nebo některá z umělých sladidel.
U dlouhovlnného záření s přidáním látek zvyšujících jeho účinnost platí, že kromě výše uvedených opatření je nezbytné, abyste navíc užil/a 2 hodiny před ozářením předepsané léky. Před zahájením této léčby je navíc třeba provést vyšetření jaterních testů, krevního obrazu a oční vyšetření. Tyto léky zcitlivují nejen kůži, ale též oči na sluneční záření, a proto je nutné od pozření tablet nosit po celý den až do večerních hodin sluneční brýle s dostatečně vysokým ochranným filtrem.
U některých pacientů mohou tablety způsobit žaludeční nevolnost, kterou lze zmírnit požitím mírně kyselých potravin, džusu, citrónu, kyselého zelí nebo okurky.

Jiné možnosti, jejich vhodnost, přínosy a rizika:
Zvolená léčba světlem představuje rozšíření možností léčby Vašeho základního onemocnění. Jako taková umožňuje dosáhnout nejen lepšího výsledného efektu léčby, často i za snížení nežádoucích účinků, které vyplývají z léčby základní. Předchozí (dosavadní) léčba bez užití ozařování světlem je tedy jinou možností léčby.

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno a příjmení: **r. č.:**
Zdravotní výkon bude probíhat takto: Místní léčba světlem se aplikuje na část Vašeho těla. Je nezbytné, aby byla ozařovaná část bez ošacení a volně dostupná aplikovanému záření. Celotělová léčba světlem se aplikuje na nahé tělo v uzavřeném přístroji. Před aplikací záření je nezbytné nasadit si ochranné brýle, které Vám vydá zdravotní sestra. Celková doba aplikace záření se pohybuje od několika vteřin do několika minut v závislosti na aplikované dávce. Dávka prvního světelného záření je minimální a postupně se zvyšuje dle snášenlivosti pacienta a dosaženého léčebného výsledku.
Omezení a doporučení ve způsobu života s ohledem na zdravotní stav a případné změny zdravotní způsobilosti po provedení uvedeného zdravotního výkonu: Je nezbytně nutné, abyste o svém zdravotním stavu a užívaných lécích informovali lékaře úplně a správně při vstupním pohovoru. V případě pochybností informujte tohoto lékaře o své nejistotě a vyžádejte si od svého ošetřujícího lékaře (praktický lékař, odesílající dermatolog apod.) zprávu shrnující významné údaje o vašem zdravotním stavu. Léčba světlem zpravidla nevyžaduje pracovní neschopnost. Pracovní neschopnost může být přiznána pouze na základě závažného průběhu základního onemocnění. Léčba světlem nevytváří pro pacienta žádné omezení, přechodně se může po aplikaci záření vyskytnout svědění a začervenání pokožky. V případě přetrvávání těchto obtíží informujte před další dávkou světelného záření svého ošetřujícího lékaře.
Další potřebná léčba: Závisí na aktuálním stavu Vašeho onemocnění a efektu této léčby.
Prohlašuji, že lékař, který mi poskytl poučení, mi osobně vysvětlil vše, co je obsahem tohoto písemného informovaného souhlasu a měl/a jsem možnost klást mu otázky, na které mi řádně odpověděl. Prohlašuji, že jsem shora uvedenému poučení a informacím plně porozuměl/a a výslovně souhlasím s provedením tohoto zdravotního výkonu: V případě, že pacient je **nezletilý/á nebo s omezenou svéprávností** a je přiměřeně rozumově a volně vyspělý/á: **Prohlašuji, že jsem byl/a poučen/a v rozsahu, který je uveden výše.** Pokud pacientovi nebyly takové údaje poskytnuty, uvede se důvod jejich neposkytnutí: V Praze dne .... podpis pacienta / zákonného zástupce jméno, příjmení a podpis lékaře ..... podpis nezletilého pacienta / pacienta s omezenou svéprávností
Pokud pacient / zákonný zástupce se nemůže s ohledem na svůj zdravotní stav podepsat: Důvod, pro něž pacient / zákonný zástupce není schopen/a se podepsat: Způsob, jak pacient / zákonný zástupce projevil/a svou vůli: ..... jméno, příjmení a podpis svědka

Tento formulář je k dispozici také přímo v NIS.