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):

CELKOVÁ LÉČBA CYKLOFOSFAMIDEM U PACIENTŮ S KOŽNÍM ONEMOCNĚNÍM

Účel, povaha, předpokládaný prospěch, následky a možná rizika zdravotního výkonu:

Cyclofosfamid (firemní název léku Endoxan) má cytostatické (zastavující růst a dělení buněk) a imunosupresivní účinky (potlačující imunitní odpověď). Používá se k léčbě autoimunních kožních onemocnění (autoimunita: označuje imunitní odpověď organismu na své vlastní složky), a k léčbě některých typů méně zhoubných kožních lymfomů.

Lék se nesmí užívat při přecitlivělosti na složky přípravku, závažném útlumu krvetvorby, a u neléčených infekcí, včetně infekce močových cest. Větší opatrnost je potřeba u starších pacientů. Lék je pacienty celkově dobře snášen.

Při tabletové (perorální) léčbě jsou většinou nežádoucí účinky mírné, je to nevolnost, zvracení a prořídnutí vlasů mírného stupně. K pozdním nežádoucím účinkům patří poruchy pohlavních žláz (snížení počtu spermií a zastavení/vynechání menstruačního cyklu) a riziko vzniku druhotných zhoubných nádorů. Je zakázán v těhotenství.

Jiné možnosti, jejich vhodnost, přínosy a rizika:

Místní léčba, která nemusí přinášet dostatečný léčebný efekt. Jiná celková terapie např. pomocí jiných léků tlumících imunitní odpověď organizmu (imunosupresivní), jako jsou kortikosteroidy, Methotrexat a jejichž nežádoucí účinky mohou být podobné jako při léčbě Cyklofosfamidem.

Celková léčba kortikosteroidy má vedle imunosupresivního vlivu i vliv na přerozdělení tělesného tuku, obezita, vzniká typický obézní měsícovitý obličej a velké břicho s relativně tenkými končetinami, zvýšení hodnoty krevního cukru, poškozování kůže, problémy spojené s pomalým hojením ran, zvýšení krevního tlaku, žaludeční vředy, osteoporóza (prořídnutí kostí) a zhrubnutí hlasu.

Zdravotní výkon bude probíhat takto:

Léčba spočívá v pravidelném užívání léku. Průměrná dávka Cyklofosfamidu se pohybuje v rozmezí 50-200 mg denně. V tabletové formě je tento lék součástí některých kombinovaných léčebných režimů. K imunosupresivní účinné léčbě se doporučuje dávka 50-100 mg denně.

Přípravek se užívá asi 1 hodinu před jídlem, nemá se kousat a musí se zapít dostatečným množstvím vody.

Cyklofosfamid lze podávat také v infuzní léčbě v podobě pulzní léčby (pravidelné podávání léku např. 1x za 3-4 týdny). Poté se podává v nitrožilní infuzi v dávce 5-10mg/kg.

Omezení a doporučení ve způsobu života s ohledem na zdravotní stav a případné změny zdravotní způsobilosti po provedení uvedeného zdravotního výkonu:

Samotné užívání léku Cyklofosfamidu nevyžaduje specifická zdravotnická omezení. Je vhodné se vyvarovat infekčním kolektivům. Při obtížích spojených s užíváním léku, neprodleně informujte svého ošetřujícího lékaře.

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno a příjmení:	**r. č.:**

Pokud užíváte ještě jiné léky, vždy je nahlaste svému ošetřujícímu lékaři.

Další potřebná léčba:

Kombinace Cyklofospamidu s např. místní léčbou či jinými celkově podávanými léky. Podrobnosti týkající se Vašeho případu Vám vysvětlí Váš ošetřující lékař.

Je nutné pravidelně docházet na kontroly, které Vám stanoví Váš ošetřující lékař.

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