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): **FOTODYNAMICKÁ TERAPIE (PDT)**	
Účel, povaha, předpokládaný prospěch, následky a možná rizika zdravotního výkonu: Výsledky provedených klinických vyšetření u Vás prokázaly onemocnění kůže. Plánovaným výkonem, fotodynamickou terapií lze projevy na kůži odstranit. Rizika představuje reakce po ozáření: zčervenání ošetřeného místa a okolí, které může trvat několik dní, bolestivost výkonu, nedostatečné ošetření vyžadující opakování zákroku či zvolení jiného invazivního postupu.	
Jiné možnosti, jejich vhodnost, přínosy a rizika: Záleží na typu projevu a jeho umístění, který je indikován k fotodynamické terapii nebo ošetření laserem. Alternativou je chirurgické odstranění, jehož komplikací je hojení jizvou, případně infekce rány. Dále je možné ložiska odstranit pomocí tekutého dusíku nanášeného na vatové štětičce (kryalizace) nebo pomocí kryalizačního přístroje (kryokauterizace), což může být nedostatečné a je nutné tuto metodu opakovat v pravidelných intervalech. Výsledný kosmetický efekt fotodynamické terapie je podobný, naopak ve srovnání s chirurgickým zákrokem bez tvorby jizvy. Jednotlivé výhody a nevýhody Vám zodpoví před výkonem ošetřující lékař.	
Zdravotní výkon bude probíhat takto: Výkon je prováděn lékařem, bez místního znecitlivění, předchází očištění místa plánovaného výkonu, snesení krust a šupin z ložiska nebo ošetření povrchu erbiovým laserem. Následuje aplikace krému s fotosenzibilizující látkou, aminolevulovou kyselinou (látka zcitlivující kůži na světelné záření), který se vstřebává téměř výhradně v postižených buňkách, kdežto do zdravých proniká minimálně. Ošetřené místo překryjeme folií pro lepší vstřebání a dále neprůhlednou náplastí. Potom pacient tři hodiny čeká. Následně je po snesení náplasti a zbytku krému ošetřovaná plocha ozářena lampou s červeným světlem po dobu 8 minut. Pacient může pociťovat během ošetření a několik hodin po něm přechodné pálení a řezání v ošetřeném místě. Na závěr aplikujeme na ošetřená místa antibiotickou mast nebo krém.	
Omezení a doporučení ve způsobu života s ohledem na zdravotní stav a případné změny zdravotní způsobilosti po provedení uvedeného zdravotního výkonu: Ošetřená místa jsou bezprostředně po výkonu velice citlivá. Je nutné se jich dotýkat velice šetrně. Při bolestech doporučujeme běžná nesteroidní analgetika (např. ibuprofen). V průběhu celé léčby a zejména v průběhu hojení se nesmí ošetřovaná část těla vystavovat slunečnímu záření. Po celou dobu hojení je nutné používání produktů s dostatečně vysokým ochranným faktorem (SPF+50). Pokud je to možné je dobré používat i jejich mechanickou ochranu, oděv, náplast. Po léčbě se mohou objevit otoky, vyrážky, stupy či skvrny. U malých ložisek dojde jen k začervenání trvajícímu 5-7 dní a následnému odloučení šupiny nebo krusty. U větších nádorů trvá zarudnutí déle, může se připojit i otok a krusty se odlučují déle. Všechny tyto změny jsou přechodné a odezní v průběhu několika dnů až měsíců. Ošetřená pokožka se nesmí stlačovat ani nijak namáhat. Saunování, plavání a sport neprovozujte po dobu určenou ošetřujícím lékařem. Neprovádějte dlouhé koupele a namáčení pokožky. Od druhého dne jemně a krátce omývejte kůži vlažnou vodou a lehce osušte.	

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno a příjmení: **r. č.:**
Pokud se objeví projevy infekce, mokvání nebo edémů (otoky) nebo při jiných komplikacích či vašich pochybnostech, zda hojení probíhá bez problémů, prosím ihned nás kontaktujte.
Další potřebná léčba: Další léčba se odvíjí od efektu aplikované fotodynamické, kterou lze posoudit na kontrolním vyšetření, na které je vhodné se dostavit po 4-6 týdnech. V případě přetrvávání projevu se provede ošetření fotodynamickou terapií opakovaně.
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