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):

LÉČBA MYKOFENOLÁT-MOFETILEM U PACIENTŮ S KOŽNÍM NEMOCNĚNÍM

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

Mykofenolát-mofetil je lék, který se řadí mezi imunosupresiva, tedy léky potlačující funkci imunitního systému a proto se užívá v léčbě autoimunitních chorob, kdy imunitní systém napadá vlastní tělo, např. u systémového lupus erythematodes, ANCA vaskulitid (zánět cévní stěny) a z kožní indikace u puchýřnatých autoimunitních onemocnění. Po podání Mykofenolát-mofetilu dojde k utlumení funkce imunitního systému a dojde ke zklidnění onemocnění, remisi (úplné nebo alespoň částečné).

I u této léčby se mohou vyskytnout nežádoucí účinky, např. zažívací obtíže (průjem, zvracení); zvýšený výskyt infekcí nebo poruchy krvetvorby, snížení počtu bílých i červených krvinek a destiček aj. Při dlouhodobém podání byl popsán výskyt některých zhoubných nádorů (především na kůži nebo nádory mízních uzlin).

Při každém výskytu možných nežádoucích účinků se poraďte se svým ošetřujícím lékařem.

Jiné možnosti, jejich vhodnost, přínosy a rizika:

Jinou možností je léčba běžnou imunosupresivní terapií (azathioprin, methotrexát, cyklofosfamid), ale tato léčba u Vás nebyla účinná, nebyla snášena nebo nebyla možná.

Zdravotní výkon bude probíhat takto:

Lék je podáván ústy, v tabletách obsahujících 250 mg nebo 500 mg léku, v obvyklé denní dávce mezi 500-3000 mg/den, která je rozdělena do dvou (až tří) stejných denních dávek užívaných přibližně po 12 (případně 8) hodinách. Dávka léku může být přizpůsobena povaze onemocnění, charakteristikám pacienta a aktuálním laboratorním výsledkům.

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

Léčba Mykofenolát-mofetilem probíhá za kontrol ve specializovaném centru, protože musí být předem schválena revizním lékařem zdravotní pojišťovny. Je nutné pravidelně docházet na kontroly krevního obrazu a dalších laboratorních hodnot, jak určí ošetřující lékař. Tolerance léčby je individuální. Zapojení do pracovního procesu je vhodné probrat s Vaším ošetřujícím lékařem.

K omezení možné infekce je vhodné se vyhýbat styku s osobami s infekčním onemocněním. V průběhu léčby Mykofenolát-mofetilem není možné očkování živými látkami. Veškerá očkování konzultujte vždy se svým lékařem. Při léčbě mykofenolát-mofetilem se nedoporučuje otěhotnět, proto je během léčby nutno volit vhodnou spolehlivou antikoncepci. O vhodné metodě se poraďte se svým ošetřujícím lékařem. Je vhodné se vyhýbat vyšší expozici slunečnímu (UV) záření.

Další potřebná léčba:

Ostatní léčebný režim není léčbou ovlivněn, užívejte ostatní léčbu dle doporučení svého ošetřujícího lékaře.

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.:**

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