

**INFORMOVANÝ SOUHLAS**

Jméno a příjmení:	r. č.:
Zákonný zástupce pacienta (jméno, příjmení):	
Označení zdravotního výkonu (popřípadě několika výkonů): ZAHÁJENÍ LÉČBY ANTABUSEM	
Účel, povaha, předpokládaný prospěch, následky a možná rizika zdravotního výkonu: Účelem nasazení léčby je podpora pacienta v abstinenci od alkoholu. <u>Působení léku:</u> Po požití alkoholu dochází v těle k jeho přeměně na acetaldehyd. Disulfiramum (účinná látka v léku Antabus) potlačuje působení enzymu, který acetaldehyd odbourává. To vede ke zvýšení hladiny acetaldehydu v krvi, čímž dochází k navození řady nepříjemných fyzických reakcí. <u>Rizika v souvislosti s kombinací Antabusu s užitím alkoholu:</u> Průběh reakce je nepředvídatelný a reakce může být i velmi silná. Reakce se projevuje bolestmi hlavy, rudnutím obličeje, zrychleným tepem, zrychleným dýcháním, nevolností, zvracením, bledostí, poklesem krevního tlaku a závratěmi. V těžkých případech může dojít ke ztrátě vědomí a ke křečím. Pokud se objeví některý z výše uvedených příznaků, je třeba okamžitě vyhledat lékařskou pomoc. K reakci na požití alkoholu může při léčbě Antabusem dojít v několika minutách po konzumaci a může trvat až několik hodin. Opatrnost je také nezbytná u piva a vína s nízkým obsahem alkoholu nebo "nealkoholických" či "bezalkoholových" druhů piva a vína; ve větším množství mohou také vyvolat nepříjemnou reakci. <u>Možné nežádoucí účinky léku Antabus:</u> Během prvních dnů nebo týdnů léčby se vyskytují ospalost a únava, které s pokračující léčbou ustupují. Dále se může objevit nevolnost, zvracení, nepříjemný zápach z úst a kovová chuť. Méně častý je výskyt svědění a zarudnutí kůže. Vzácně se vyskytují halucinace, stavy deprese, snížená citlivost a slabost svalů rukou a nohou, poruchy funkce jater, poruchy vidění.	
Jiné možnosti, jejich vhodnost, přínosy a rizika: Alternativa léku Antabus, tedy léku pro podporu abstinence, není na trhu přítomna. Jinou možností je prostá abstinence od alkoholu bez specifické podpory léky (bez podpory v podobě podávání léků stejného účinku).	
Zdravotní výkon bude probíhat takto: Pravidelná podání či výdeje léku Antabus, rozpuštění šumivé tablety ve vodě v ALKO ambulanci Kliniky adiktologie dle ordinace lékaře.	
Omezení a doporučení ve způsobu života s ohledem na zdravotní stav a případné změny zdravotní způsobilosti po provedení uvedeného zdravotního výkonu: Pravidelné užívání ordinovaného léku a dodržování plné abstinence od alkoholu. <u>Kombinace s dalšími léky:</u> Antabus (disulfiramum) potlačuje odbourávání některých jiných léčiv. Jde o warfarin (snižuje srážlivost krve), fenytoin (užívá se k léčbě epilepsie), chlórdiazepoxid a diazepam (k uvolnění svalů a potlačení neklidu a úzkosti). V důsledku toho může dojít ke zvýšení jejich hladin v krvi a tím ke zvýšení jejich nežádoucích účinků.	



INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno a příjmení:

r. č.:

Antabus zvyšuje nežádoucí účinky izoniazidu a metronidazolu (léky užívané k léčbě infekčních onemocnění) v oblasti nervového systému. Jejich současné užívání je možné pouze ve zcela odůvodněných případech a pouze pod pečlivým lékařským dohledem.

Protialkoholická reakce Antabusu může být vyvolána i některými potravinami a tekutými formami léčiv, které obsahují větší množství alkoholu. Opatrnost je také nezbytná u nápojů s nízkým obsahem alkoholu označených jako "nealkoholické" či "bezalkoholové"; ve větším množství mohou také vyvolat nepříjemnou reakci.

Další potřebná léčba:

Žádná

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

verze číslo:

platnost od:

tisk: