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

INFORMOVANÝ SOUHLAS

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

Označení zdravotního výkonu (popřípadě několika výkonů):

LÉČBA CYKLOFOSFAMIDEM U PACIENTŮ S ONEMOCNĚNÍM LEDVIN

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

Cyklofosfamid 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, i v léčbě vybraných glomerulopatií (zánětlivých onemocnění ledvin postihujících především glomeruly, „klubíčka" cév v ledvinách). Po podání Cyklofosfamidu dojde k utlumení funkce imunitního systému a dojde ke zklidnění tohoto onemocnění - remisi (úplné nebo alespoň částečné).

I u této léčby se mohou vyskytnout nežádoucí účinky, např. zažívací obtíže (nevolnost a zvracení); zvýšený výskyt infekcí, padání vlasů 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). Lék se nesmí podávat těhotným pacientkám. Léčba může poškozovat vaječníky, vést k zástavě menstruačního krvácení nebo jeho nepravidelnosti, léčba může u žen (poměrně vzácně) způsobit i neplodnost. U mužů ovlivňuje terapie tvorbu a životnost spermií. Při plánování dalších potomků je vhodné před zahájením léčby provést kryoprezervaci (zamražení) spermatu. Při každém výskytu možných nežádoucích účinků se poraďte se svým ošetřujícím lékařem.

Jiné možnosti, jejich vhodnost, přínosy a rizika:

Teoretickou možností je léčba jinou imunosupresivní terapií, ale vzhledem k závažnosti projevů Vašeho onemocnění je obava, že tato léčba by u Vás nebyla účinná.

Zdravotní výkon bude probíhat takto:

Lék se obvykle podává ve formě opakované nitrožilní infúze, většinou s dvou až čtyřtýdenní přestávkou, během níž se má organismus možnost zotavit. Doba léčby záleží na povaze Vašeho onemocnění, v nefrologii podáváme obvykle 6-8 infúzí. Délka jedné infúze trvá přibližně 2 hodiny. Léčba se podává nejčastěji ambulantně, v některých případech je možné podání za hospitalizace. Dávka léku může být přizpůsobena povaze onemocnění, charakteristikám pacienta a aktuálním laboratorním výsledkům. V některých případech je lépe Cyklofosfamid podávat ve formě tablet (ústy), a to v dávce obvykle 50 až 200 mg/den.

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

Léčba Cyklofosfamidem probíhá za kontrol ve specializovaném centru. 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 Cyklofosfamidem není možné očkování živými látkami. Veškerá očkování konzultujte vždy se svým lékařem. Při léčbě cyklofosfamidem je nutno volit vhodnou spolehlivou antikoncepci pro možné poškození plodu, pokud by během léčby došlo k otěhotnění (platí i pro partnerky léčených mužů). O vhodné metodě se poraďte se svým ošetřujícím lékařem. Je vhodné se vyhýbat vyšší expozici slunečnímu (UV) záření.

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno a příjmení:	**r. č.:**

Další potřebná léčba:

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

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