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/léčebného postupu (popřípadě několika výkonů/postupů): **FOTOTERAPIE**	

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

Fototerapie je léčebná metoda neinvazivní (nenarušuje celistvost organizmu), při které jsou prostřednictvím zrakové dráhy stimulovány mozkové neurony, jež se podílejí na regulaci biorytmů. Narušení těchto biorytmů je zjišťováno u některých psychiatrických onemocnění, především u depresivní poruchy se sezónním výskytem. Při této léčbě dochází k uvolňování serotoninu a melatoninu, působků, jejichž hladina je při depresivní poruše snížena. K fototerapii neboli léčbě jasným světlem se využívají speciální světelné zdroje, lampy vydávající světlo o intenzitě 2 500 až 10 000 luxů.

Aplikace světla takové charakteristiky a za dodržení předem stanoveného léčebného režimu má účinek antidepresivní a také příznivý vliv na poruchy spánku a pravděpodobně také na tzv. kognitivní funkce u pacientů seniorského věku (např. paměť, soustředění).

V souvislosti s fototerapií se mohou vyskytnout některé nežádoucí efekty léčby, rychle však odeznívají po jejím vysazení. Patří k nim únava zraku a bolest očí, podráždění až zánět spojivek a bolest hlavy či nevolnost. Tyto nežádoucí účinky se mohou vyskytnout především na počátku léčby, během 1-2 týdnů ale dochází k adaptaci zraku na světlo a subjektivně je léčba většinou dobře tolerována. Pokud trpíte oční chorobou, hlavně onemocněním sítnice (např. při cukrovce, vysokém krevním tlaku nebo makulární degenerací (onemocnění centrální části sítnice), je třeba, abyste na to upozornili ošetřujícího lékaře.

Aplikace jasného světla je jednoduchý, časově nenáročný způsob ovlivnění patologických změn biorytmicity spojených s poruchami nálady. Proti medikamentózní léčbě se méně často vyskytují celkové nežádoucí účinky a také riziko provokace hypománie či přesmyku do mánie u nemocných bipolární afektivní poruchou je nižší.

Za nevýhodu můžeme považovat zvýšenou zátěž a únavu očí i přechodné pocity dyskomfortu na počátku léčby. Fototerapie nemusí být vhodnou léčebnou metodou pro nemocné s některými očními chorobami nebo jedince citlivé na UV záření či nemocné užívající fotosenzitivizující léky.

Jiné možnosti, jejich vhodnost, přínosy a rizika:

Alternativou je léčba antidepresivy, tedy léčba čistě medikamentózní. Antidepresivní medikaci lze nicméně podávat současně s aplikací fototerapie, účinky obou léčebných postupů se totiž mohou vzájemně potencovat.

Zdravotní výkon bude probíhat takto:

Léčebný režim je většinou individuální a stanoví se po předchozím vyšetření tzv. chronotypu. Nejčastěji se pak světlo odpovídající intenzity aplikuje denně v ranních hodinách brzy po probuzení po dobu 30 - 60 minut. Léčba trvá 2 - 4 týdny, přičemž první účinky se mohou objevit již po 7 sezeních, příznaky depresivní poruchy ale úplně odezní nejspíše až po kompletní čtyřtýdenní léčbě.

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno a příjmení:	**r. č.:**

Tento informovaný souhlas platí pro celou léčbu fototerapií (série výkonů 2 - 4 týdny) s tím, že pacient má právo kdykoliv v průběhu léčby souhlas zrušit.

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

Údaje o možném omezení v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti a případné změny zdravotní způsobilosti po provedení uvedeného zdravotního výkonu nejsou známy.

Další potřebná léčba:

Vyjma naplánovaného léčebného postupu není třeba další léčby.

Prohlašuji, že lékař, který mi poskytl poučení, mi osobně vysvětlil vše, co je obsahem tohoto písemného informovaného souhlasu a měl jsem možnost klást mu otázky, na které mi řádně odpověděl. Prohlašuji, že jsem shora uvedenému poučení a informacím plně porozuměl a výslovně souhlasím s provedením tohoto zdravotního výkonu:

V případě, že pacient je **nezletilý nebo s omezenou svéprávností** a je přiměřeně rozumově a volně vyspělý:

Prohlašuji, že jsem byl poučen v rozsahu, který je uveden výše.

Pokud pacientovi nebyly takové údaje poskytnuty, uvede se důvod jejich neposkytnutí:

Zadejte důvod

V Praze dne Zadejte datum

....

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 se podepsat: Zadejte důvod

Způsob, jak pacient / zákonný zástupce projevil svou vůli: Zadejte způsob

.....

jméno, příjmení a podpis svědka

Tento formulář je k dispozici také přímo v NIS.