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 PREPARÁTEM AZATHIOPRIN U PACIENTŮ S ONEMOCNĚNÍM IMUNITNÍHO SYSTÉMU**	

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

Imunosupresivní léčba potlačuje funkci imunitního systému, proto se užívá v léčbě autoimunitních chorob, kdy imunitní systém napadá vlastní tělo. Při této léčbě dochází k utlumení funkce imunitního systému a ke zklidnění Vašeho onemocnění - remisi (úplné nebo alespoň částečné).

Kdy nesmí být lék nasazen:

Při přecitlivělosti na složky přípravku, přecitlivělosti na 6-merkaptopurin. Dále se nesmí užívat v těhotenství a u pacientek u nichž nelze těhotenství vyloučit a při kojení.

Nežádoucí účinky:

Nežádoucí účinky při imunosupresivní léčbě jsou převážně vázané na dávku léku a obvykle při snížení dávky vymizí. Nejčastěji se objevují poruchy krvetvorby (snížení počtu bílých a červených krvinek, krevních destiček), zažívací potíže. Můžete být náchylnější k infekcím. Dále, pokud léčba trvá dlouho (roky), máte vyšší riziko vzniku kožního nádoru či nádorů krvetvorby.

Zakázané léky při imunosupresivní léčbě:

Alopurinol, oxipurinol, thiopurinol - nutné snížení dávky azathioprinu. Nepodávat aminosalicylátové deriváty (mesalazin, sulfasalazin). Azathioprin může snižovat antikoagulační (protisrážlivé) působení warfarinu. Pozornost vyžaduje současné podávání sukcinylcholinu, penicilaminu, inhibitorů ACE, ribavirinu, cimetidinu, indometacinu.

Jiné možnosti, jejich vhodnost, přínosy a rizika:

Jinou možností je léčba jiným lékem s imunosupresivními účinky, pokud bude dobře snášen a léčba bude účinná.

Zdravotní výkon bude probíhat takto:

Lék je podáván ústy ve formě tablet, tablety užívejte 1 hodinu před nebo 3 hodiny po jídle či vypití mléka.

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

Tolerance léčby je individuální. Nepředpokládáme další omezení v obvyklém způsobu života. Pracovní neschopnost doporučuje ošetřující lékař při komplikovaném průběhu nemoci. Při návštěvách u jiných lékařů hlaste, že užíváte lék imunosupresivním účinkem.

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno a příjmení: **r. č.:**

K omezení možné infekce je vhodné se vyhýbat styku s osobami s infekčním onemocněním. V průběhu imunosupresivní léčby není možné očkování živými látkami. Veškerá očkování konzultujte vždy se svým lékařem.

Je nutné se vyhýbat vyšší expozici slunečnímu (UV) záření, při pobytu na slunci používejte na nekryté části těla krémy s vysokým ochranným faktorem.

Další potřebná léčba:

Při léčbě je nutné pravidelně kontrolovat některé biochemické hodnoty a krevní obraz (odběr krve). Další potřebná léčba se odvíjí od závažnosti onemocnění.

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