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

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno a příjmení: Zadejte celé jméno **r. č.:** Zadejte RČ

Zákonný zástupce pacienta (jméno, příjmení): Zadejte celé jméno

Označení zdravotního výkonu (popřípadě několika výkonů):

LÉČBA KOSTNÍ BOLESTI POMOCÍ RADIOFARMAK

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

Nukleární medicína se zabývá diagnostikou a léčbou pomocí otevřených radioaktivních zářičů, které jsou ve formě radiofarmak (léčivo s navázanou radioaktivní látkou) aplikovány zpravidla do žíly.

Aplikace radiofarmak k potlačení bolestí v kostech se používá již několik desetiletí. Léčba je bezpečná a u naprosté většiny pacientů účinná. Nástup účinku není okamžitý, projevuje se asi za 3-5 dnů. Účinek je přítomen zpravidla 2-3 měsíce, eventuálně déle. Léčbu je možné opakovat, vždy však v delším časovém odstupu, který určí Váš ošetřující lékař.

Vedlejší účinky po léčbě jsou minimální, přechodně v prvních dvou, třech dnech po aplikaci může dojít ke zhoršení bolestí v kostech. Může dojít k útlumu funkce kosní dřeně a poklesu počtu krevních buněk. Protože preparátu používaných k léčbě je více, dostanete vždy při aplikaci poučení ke konkrétnímu přípravku.

Podání radiofarmaka do žíly je spojeno s možnými komplikacemi v místě vpichu, stejně jako při aplikaci jakéhokoliv jiného léčiva, může dojít k prasknutí žíly, tvorbě modřiny, úniku části radiofarmaka do podkoží. Jedná se o komplikace, kterým se ani při nejlepší péči nelze zcela vyhnout, závisí mimoj. na stavu žilního řečiště pacienta. V naprosté většině případů jsou nezávažné, riziko poškození tkáně je při úniku většího objemu léčiva do podkoží (ten by se však měl projevit včas pálením, stav žilního přístupu sledujeme).

Po nitrožilní aplikaci se radiofarmakum vychytává v kostech, kde jeho vyzářením dochází k potlačení bolestí. Po podání radiofarmaka jsou zdravotní rizika z ionizujícího záření malá, vedlejších účinků je minimální množství.

Jiné možnosti, jejich vhodnost, přínosy a rizika:

Místní ozáření kostí rentgenem, aplikace léků proti bolesti, v tabletách nebo injekčně.

Podrobné poučení o alternativách, výhodách a nevýhodách jednotlivých léčebných postupů podává pacientovi odesílající lékař.

Zdravotní výkon bude probíhat takto:

Injekce do žíly, pak je možný okamžitý odchod domů nebo na oddělení kde pacient leží.

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

Po výkonu není potřeba zvláštního omezení, není omezena zdravotní způsobilost ani pracovní schopnost (pokud tyto již nejsou omezeny základním onemocněním). Nutné je další sledování pacienta ošetřujícím lékařem.

Další potřebná léčba:

Není

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno a příjmení: Zadejte celé jméno **r. č.:** Zadejte RČ

Poznámka:

Pro vědecké a výukové účely je nezbytné, aby zdravotničtí pracovníci VFN měli přístup do Vaší zdravotnické dokumentace a mohli si z ní pořizovat potřebné výpisy a kopie. Použité údaje v takovém případě mohou být uveřejněny pouze v anonymizované podobě, ze které nelze poznat Vaši identitu. Uvedený souhlas máte právo odmítnout nebo svůj případný souhlas můžete kdykoliv odvolat. Souhlasím s výše uvedeným zpracováním mých osobních údajů:

☐ **Souhlasím** ☐ **Nesouhlasím**

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