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 KOSTNÍCH METASTÁZ ^{223}RADIEM

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

^{223}Radium (^{223}Ra) se používá pro léčbu dospělých s pokročilým zhoubným nádorem prostaty s metastázami v kostech, který neodpovídá na léčbu a kostní metastázy se projevují příznaky (bolest).

^{223}Ra napodobuje vápník, který se vychytává v kostech. Pokud je radium podáno nitrožilně pacientovi, dostává se do kostí, kde je vlivem metastáz zvýšená přestavba kostní tkáně, a vysílá záření krátkého dosahu (alfa částice), které usmrcuje okolní nádorové buňky.

Dlouhodobé nejzávažnějšími nežádoucími účinky:

- snížení počtu krevních destiček (trombocytopenie),
- snížení počtu bílých krvinek (neutropenie, která může vést k zvýšenému riziku infekce).

Váš lékař provede vyšetření krve před zahájením léčby a před každou injekcí, aby zkontroloval počet krevních buněk a krevních destiček.

Krátkodobé nežádoucí účinky:

- průjem, nauzea (nevolnost), zvracení.
- Nežádoucí účinky se vyskytují zhruba u 10 % léčených pacientů.

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 mimo jiné 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).

Jiné možnosti, jejich vhodnost, přínosy a rizika:

Chemoterapie, léčba hormony, léčivy ze skupiny bisfosfonátů, místní radioterapie (ozařování), aplikace jiných zářičů.

Alternativní způsoby léčby Vám vysvětlil ošetřující lékař před odesláním k aplikaci přípravku s ^{223}radiem.

Zdravotní výkon bude probíhat takto:

Zavedení kanyly do žíly, podání malého množství roztoku účinné látky pomocí infuzní pumpy nebo injekční stříkačkou, propláchnutí kanyly fyziologickým roztokem. Výkon není bolestivý, látka nevyvolává alergické reakce. Léčivo se obvykle podává v 6 dávkách, vždy s odstupem 1 měsíce.

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

Omezení způsobu života není, je potřeba dodržovat určité hygienické opatření po léčbě, protože část radiofarmaka (léčivý, eventuálně diagnostický přípravek s navázanou radioaktivní látkou) se vyloučí močí.

Změna zdravotní způsobilosti po výkonu není.

Další potřebná léčba:

Není, pouze kontroly krevního obrazu po dobu léčby a po léčbě.

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

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