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):

APLIKACE LÉKU EPIRUBICIN DO MOČOVÉHO MĚCHÝŘE

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

Účelem podání je snížení rizika návratu nádoru močového měchýře. Jedná se o základní způsob léčby povrchových nádorů močového měchýře s nízkým a středním rizikem pro návrat (recidivu) nádoru.

Rizika spojená s podáním léku mohou být obtížné, časté močení, bolesti při močení, horečka, možnost vzniku alergické reakce.

Jiné možnosti, jejich vhodnost, přínosy a rizika:

U pacientů se středně rizikovým povrchovým nádorem močového měchýře podání intravezikální imunoterapie (přímo do močového měchýře).

Zdravotní výkon bude probíhat takto:

Po vymočení se zavede přes močovou trubici do močového měchýře tenká cévka, kterou je aplikován lék epirubicin. Cévka se odstraní a pacient v sobě lék zadržuje zhruba hodinu po podání. Lék je poté vymočen. Ve zvlášť indikovaných případech je aplikován zmíněný lék do měchýře ve stejný den, kdy je provedena transuretrální operace (TUR) močového měchýře (přes močovou trubici).

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

V den aplikace je do doby podání léku doporučeno omezit příjem tekutin.

Další potřebná léčba:

Ve vztahu k aplikaci léku epirubicin není třeba.

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

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

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