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 PŘÍPRAVKEM XERMELO

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

Přípravek Xermelo limituje v organizmu rychlost tvorby serotoninu. Serotonin hraje rozhodující roli při regulaci několika významných fyziologických procesů, včetně sekrece (vylučování sekretů), pohyblivosti, zánětu a čití v zažívacím traktu, přičemž u pacientů s karcinoidovým syndromem je jeho sekrece nadměrná. Snížení tvorby serotoninu mírní příznaky spojené s karcinoidovým syndromem.

Přípravek Xermelo je indikován k léčbě průjmu při karcinoidovém syndromu, a to v kombinaci s léčbou analogem somatostatinu (SSA) u dospělých, u kterých není léčba SSA dostatečná.

Užívání přípravku se nedoporučuje u pacientů s těžkou poruchou ledvin a jater a u pacientů se vzácnými dědičnými problémy nesnášenlivosti galaktózy, úplným nedostatkem laktázy nebo špatným vstřebáváním glukózy a galaktózy.

Nežádoucí účinky:

Nejčastějšími nežádoucími účinky byly bolest břicha (26 %), zvýšení gamaglutamyltransferázy (jaterní enzym) (11 %) a únava (10 %). Obecně byly mírné nebo střední intenzity. Dále se mohou vyskytnout snížení chuti k jídlu, depresivní nálada, bolest hlavy, otoky končetin nebo horečka.

Jiné možnosti, jejich vhodnost, přínosy a rizika:

Podpůrné prostředky proti průjmu, v některých případech, určených lékařem, chemoterapie, operace nebo ozařování.

Zdravotní výkon bude probíhat takto:

Potahované tablety se podávají ústy v doporučené dávce 3x denně. Je vhodné podávat tablety s jídlem. Klinické odpovědi se obvykle dosáhne během 12. týdnů léčby. Nedoporučuje se užívání vyšších dávek. Pokud pacient vynechá dávku, má užít další dávky v následující plánovanou dobu. Pacienti nesmějí užívat dvojitou dávku, aby nahradili vynechanou dávku.

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

Popsané nežádoucí účinky mohou v různé míře ovlivňovat výkonnost v práci. Není ale jednoznačně nutné být v pracovní neschopnosti. Stav pacienta je spíše limitován průjmy při základním onemocnění.

Další potřebná léčba:

Podávání somatostatinových analog – specifické léky určené pro léčbu neuroendokrinních nádorů snižující vylučování některých hormonů.

Prohlašuji, že lékař, který mi poskytl poučení, mi osobně vysvětlil vše, co je obsahem tohoto

INFORMOVANÝ SOUHLAS

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

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