

**Informovaný souhlas pacienta (zákonného zástupce pacienta)
s terapií ¹⁷⁷Lu**

Pacient – jméno a příjmení:	Rodné číslo (číslo pojištění):
Datum narození: (není-li rodné číslo)	Kód zdravotní pojišťovny:
Adresa trvalého pobytu pacienta: (případně jiná adresa)	
Jméno zákonného zástupce (opatrovníka):	Rodné číslo:

Název výkonu**Terapie ¹⁷⁷Lu****Účel výkonu**

Cílem léčby je intenzivní ozáření patologicky změněné tkáně.

Povaha výkonu

Radiofarmakum je aplikováno nitrožilně a následně dochází k jeho cílenému vychytávání v patologické tkáni. Atomy radioizotopu vyzařují intenzivně působící záření – dochází tedy k cílenému poškození patologické tkáně. Radiofarmakum se ve zbytku těla vychytává méně – léčba je proto cíleně zaměřena na patologický proces. S pravidly radiační hygieny je pacient písemně seznámen.

Předpokládaný prospěch výkonu

Cílem terapie je intenzivní ozáření patologicky změněné tkáně, která působí pacientovi potíže. Toto ozáření má za cíl tuto tkáň poškodit a mírnit potíže pacienta.

Alternativa výkonu

Alternativou bývá zevní ozáření, chemoterapie, případně léčba léky tlumícími bolesti. Při volbě terapie otevřenými zářiči se indikující lékař rozhoduje na základě zvážení předpokládaného efektu terapie.

Následky výkonu

Po terapii může dojít k dočasnému poklesu počtu krvinek.

Možná rizika zvoleného výkonu

Terapie je spojeno s ozářením i dalších tkání. Riziko alergické reakce je extrémně nízké.

Propouštěcí informace po podání radiofarmaka

Po aplikaci terapeutické aktivity je doporučeno v následujících 7 dnech po propuštění z nemocnice omezit kontakt s dalšími osobami a po dobu 14 dní po propuštění z nemocnice omezit kontakt s dětmi a těhotnými ženami a řídit se pravidly radiační hygieny. V případě inkontinentních, zvracejících pacientů apod. je nutné potřísněné pleny nebo jiné materiály skladovat 7 dní v igelitovém pytlí mimo obytné prostory (např. ve sklepě, garáži) a poté lze materiál vyhodit nebo vyprat.

Souhlas:**pozn. Vaši odpověď zakroužkujte:**

Jste těhotná?	ANO	NE
Kojíte?	ANO	NE
Byl(a) jsem srozumitelně informován(a) o alternativách výkonu prováděných ve Fakultní nemocnici Olomouc, ze kterých mám možnost volit.	ANO	NE

Byl(a) jsem informován(a) o možném omezení v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti po provedení příslušného zdravotního výkonu, v případě možné nebo očekávané změny zdravotního stavu též o změnách zdravotní způsobilosti.	ANO	NE
Byl(a) jsem informován(a) o léčebném režimu a preventivních opatřeních, která jsou vhodná, o provedení kontrolních zdravotních výkonů.	ANO	NE
Všem těmto vysvětlením a informacím, které mi byly zdravotnickým pracovníkem sděleny a vysvětleny, jsem porozuměl(a), měl(a) jsem možnost klást doplňující otázky, které mi byly zdravotnickým pracovníkem zodpovězeny.	ANO	NE

Po výše uvedeném seznámení prohlašuji:		
- že souhlasím s navrhovanou péčí a s provedením výkonu a v případě výskytu neočekávaných komplikací, vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků nutných k záchraně života nebo zdraví, souhlasím s jejich provedením.	ANO	NE
- že jsem lékařům sdělil(a) všechny mně známé údaje o mém zdravotním stavu, které by mohly nepříznivě ovlivnit moji léčbu či ohrozit mé okolí, zejména rozšířením přenosné choroby.	ANO	NE
- že v případě nutnosti dávám souhlas k odběru biologického materiálu (krev, moč...) na potřebná vyšetření k vyloučení zejména přenosné choroby.	ANO	NE
- že souhlasím s přítomností studentů a stážistů při poskytování zdravotních služeb.	ANO	NE
- že souhlasím s tím, aby studenti a stážisté nahlíželi do mé zdravotnické dokumentace, a to pouze v nezbytném rozsahu a na základě pověření stanoveným zdravotnickým pracovníkem.	ANO	NE

Datum	Hodina	Podpis pacienta nebo zákonného zástupce (opatrovníka)

Jméno a příjmení oprávněného zdravotnického pracovníka, který podal informaci o přípravě a průběhu	Podpis oprávněného zdravotnického pracovníka, který podal informaci o přípravě a průběhu

Pokud se pacient nemůže podepsat, uveďte důvody, pro které se pacient nemohl podepsat a jak pacient projevil svou vůli:		
Jméno a příjmení zdravotnického pracovníka/svědka	Podpis zdravotnického pracovníka/svědka	Datum