



INFORMOVANÝ SOUHLAS SE ZÁKROKEM u zletilého a způsobilého pacienta

| | | | |
|--|--------------------------------------|-----------------------------------|--|
| Informovaný souhlas s: | Zárok - celotělová fototerapie - UVB | | |
| Pacient(ka) – jméno a příjmení: | | Rodné číslo (číslo pojištění): | |
| Datum narození: (není-li rodné číslo) | | Kód zdravotní pojišťovny: | |
| Adresa trvalého pobytu pacienta: (případně jiná adresa) | | | |

Informující lékař:

| | |
|------------------|--|
| Zdravotní výkon: | |
| 1) | <p>Ošetřující lékař Vám na základě aktuálního zdravotního stavu doporučil světloléčbu. Celotělová světloléčba - fototerapie je léčebná metoda, při které se může kontrolovaně ozařuje částí ultrafialového záření, které je součástí přirozeného slunečního záření - UVB 311 nm. O vhodnosti léčby a dávkování rozhoduje lékař, který před zahájením a v průběhu ozařování provádí kontroly. Zdravotní sestra postupuje podle doporučení lékaře, zapne ozařovací přístroj a nastaví ordinovanou dávku záření. Ozařování je kontraindikované u osob s epilepsií, kožními nádory a atypickými pigmentovými névy, u osob s probíhajícím nádorovým onemocněním nebo léčeným radioterapií, není vhodné při dekompenzaci hypertenze, srdečním selháváním, při infekčních onemocněních a horečnatých stavech. Nelze provádět u osob přecitlivělých na ultrafialové záření a při užívání léků, který vyvolávají fotoalergickou nebo fototoxickou reakci. Některé léky mohou zvyšovat citlivost kůže k záření. Lékař musí být správně informován o užívaných lécích, ale i o všech užívaných potravinových doplncích a o každé změně celkového zdravotního stavu. Během léčby může dojít k různě intenzivnímu zčervenání pokožky provázeným pálením a svěděním, může se zvýšit suchost kůže. Vyjímecně se objeví puchýře, spálená místa jsou oteklá a bolestivá. Může dojít k úžehu, kdy kromě spálení kůže bolí hlava a postižený zvrací a má průjem. Při nepoužití ochranných brýlí hrozí poškození oční sítnice, zánět spojivek. Cílem ozařování kůže UVB zářením je navození zhojení nebo zklidnění kožního onemocnění.]</p> |
| 2) | <p>Ozařování ultrafialovým zářením je jednou z účinných léčebných metod řady kožních Celotělové onemocnění a je alternativou systémově podávaných léků</p> |
| 3) | <p>Přístrojovou světloléčbu nelze kombinovat s přírodním sluněním nebo návštěvou solaria z důvodu kumulace ozáření a zvýšení rizika spálení kůže. Zvýšená suchost kůže může vyžadovat častější aplikaci promazávacích přípravků.</p> |
| 4) | <p>Při ozařování dodržujte pokyny sestry. Před ozářením dostanete ochranné brýle s ultrafialovým filtrem, které budou po dobu ozáření chránit Váš zrak před UV paprsky. Textilii překrývejte části těla, které jsou náchylné ke spálení (obličej, genitál, ženy prsa). Bez vědomí lékaře také neošetřujte kůži žádným přípravkem. Před zahájením léčby vždy informujte kožního lékaře o všech lécích, které užíváte, během léčby pak lékaře informujte o případných změnách v užívání Vašich léků. Lékař musí být správně informován též o všech užívaných potravinových doplncích a o každé změně celkového zdravotního stavu. Všechny obtíže je nutno nahlásit lékaři nebo sestře před dalším ošetřením.</p> |
| 5) | <p>Pacient se svobodně rozhodl o postupu při poskytování zdravotních služeb.</p> |

Pacient potvrzuje a svým podpisem stvrzuje, že poučení mu bylo výše uvedeným lékařem osobně, srozumitelně, ústně a v dostatečném rozsahu vysvětleno, že měl čas a možnost je uvážit, porozuměl mu a měl i možnost klást doplňující otázky, které se vztahují k jeho zdravotnímu stavu a navrhovaným zdravotním službám a tyto mu byly srozumitelně a v dostatečném rozsahu zodpovězeny a že již dříve byl seznámen se svým zdravotním stavem.

Pacient rovněž potvrzuje a svým podpisem stvrzuje, že mu byl vysvětlen důvod, předpokládaný prospěch, možná rizika komplikace výkonu, byly mu také vysvětleny možné alternativy výkonu a zdravotní důsledky jeho nepodstoupení a nemá žádné nejasnosti.

Pacient dále potvrzuje a svým podpisem stvrzuje, že souhlasí s navrhovanou péčí a s provedením výkonu a že mu rovněž bylo vysvětleno, že v případě výskytu neočekávaných komplikací vyžadujících neodkladné provedení dalších výkonů nutných k záchraně života nebo zdraví, budou tyto výkony provedeny.

Místo podpisu:

Datum a čas:

Podpis lékaře:

Podpis pacienta:

Varianta pro případ pacienta, který se nemůže podepsat nebo se odmítá podepsat:

Pacient odmítl podepsat informovaný souhlas. / Pacient se nemůže podepsat z důvodu, že:
(*například: schopnost jemných pohybů ruky a pevného ovládní prstů jsou viditelně podstatně omezeny*)

Pacient projevils svůj souhlas tak, že:
(*například: ústně potvrdil všechna jednotlivá prohlášení*)

Místo podpisu:

Datum a čas:

Podpis lékaře:

Jméno svědka:
(není-li svědek pracovníkem zdravotnického zařízení, uvede se adresa a datum narození svědka)

Podpis svědka: