

## Informovaný souhlas pacienta(tky) s výkonem

### Léčba rituximabem (u pacienta s nefrotickým syndromem)

#### Vážená paní, Vážený pane,

vzhledem k tomu, že jako svéprávný jedinec se podílíte významným způsobem na diagnostickém a léčebném postupu navrženém u Vaší osoby, máte nezadatelné právo být před Vaším rozhodnutím o těchto postupech podrobně informován.

Na základě Vašeho aktuálního zdravotního stavu Vám byl lékařem indikován výše uvedený výkon.

#### Účel, povaha, předpokládaný prospěch plánovaného zdravotního výkonu:

Účelem podání přípravku ve formě infuze je léčba nefrotického syndromu (velké ztráty bílkovin do moči s dalšími následnými projevy).

Cílem léčby je stabilizace klinického stavu a dosažení remise (vymizení příznaků) onemocnění

#### Jaké jsou možné komplikace a rizika:

- zvýšené riziko různých infekčních onemocnění,
- pokles počtu krevních buněk,
- alergické reakce, pokles krevního tlaku, nevolnost, svědění, vyrážka, alopecie (vypadávání vlasů), horečka, zimnice, slabost a bolest hlavy,
- snížení imunoglobulinů (protilátek) v krvi.

Podrobnější údaje jsou uvedeny v příloženém dokumentu:

„Příručka pro pacienty užívající léčivý přípravek, který obsahuje rituximab“ (Schváleno SÚKL, 9. 2. 2018)

**Před podpisem informovaného souhlasu si tento dokument pečlivě přečtěte.**

#### Alternativa plánovaného výkonu:

Dlouhodobá léčba kortikoidy a imunosupresivy, která je mnohdy méně účinná a je často spojena se závažnými nežádoucími účinky.

#### Možná omezení v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti po provedení příslušného zdravotního výkonu a případné změny zdravotní způsobilosti:

- Vhodné je omezení nadměrné fyzické a psychické zátěže,
- Vyhýbat se možnosti prochlazení a přenosu infekčního onemocnění.

#### Údaje o léčebném režimu a preventivních opatřeních, která jsou vhodná, o provedení kontrolních zdravotních výkonů:

Pravidelné kontroly laboratorních parametrů (vyšetření krve a moče) kontroly u lékaře.

#### Identifikační údaje pacienta(tky):

Příjmení:		Jméno:		Titul:		RČ:	
-----------	--	--------	--	--------	--	-----	--

#### Identifikační údaje zákonného zástupce, opatrovníka:

Příjmení:		Jméno:		Datum narození:	
-----------	--	--------	--	-----------------	--

#### Plánovaný výkon:

Léčba rituximabem

#### Vysvětlující pohovor provedl:

identifikace a podpis lékaře

Prohlašuji, že mi byl náležitě objasněn důvod, předpokládaný prospěch, způsob provedení, následky i možná rizika a komplikace plánovaného výkonu. Dále mi byly vysvětleny možné alternativy včetně jejich komplikací a zdravotní důsledky vyplývající z nepodstoupení plánovaného výkonu. Měl(a) jsem možnost zeptat se lékaře na všechno, co mě ve vztahu k plánovanému výkonu zajímá a obdržel(a) jsem vysvětlení, kterému jsem porozuměl(a). S provedením výše uvedeného výkonu souhlasím.

Dále prohlašuji, že jsem pravdivě informoval(a) ošetřujícího lékaře o dosavadním vývoji zdravotního stavu, včetně informací o infekčních nemocech, o zdravotních službách poskytovaných jinými poskytovateli, o užívání léčivých přípravků, včetně užívání návykových látek, a dalších skutečnostech podstatných pro poskytování zdravotních služeb a nezatajil(a) jsem žádné okolnosti svého zdravotního stavu, které jsou překážkou v provedení výkonu či mohou být v jakékoli souvislosti se vznikem komplikací.

Bylo mi podáno vysvětlení, že v případě výskytu neočekávaných komplikací vyžadujících neodkladné provedení dalších výkonů nutných k záchraně mého života nebo zdraví, budou tyto výkony provedeny.

V Ostravě dne: .....

.....  
podpis pacienta(tky), zákonného zástupce,  
opatrovníka