

## Informovaný souhlas pacienta(tky) s výkonem

### PUVA terapie

#### 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(a).

Na základě Vašeho aktuálního zdravotního stavu Vám byla lékařem indikována léčba PUVA terapií.

#### Co je PUVA terapie:

PUVA terapie je typ léčby, která kombinuje ultrafialové záření s látkou, která zvýší citlivost kůže k ultrafialovému záření. Tato látka může být podána buď celkově ve formě tablet – tzv. celková PUVA terapie, nebo lokálně ve formě roztoku nebo krému – tzv. lokální PUVA terapie.

#### Jaký je důvod (indikace) této léčby:

Léčba PUVA je volena jako základní nebo doplňková léčba u vybraných kožních onemocnění. V současné době je součástí standardního ošetřování zejména kožních lymfomů (mycosis fungoides), dále vitiliga, lupénky, ekzému a dalších chorob.

#### Alternativy výkonu:

UVA, UVB fototerapie, jiné látky aplikované na kůži, jako masti, krémy s kortikosteroidy, nebo jinými účinnými látkami.

#### Jaký je režim pacienta před léčbou:

Před zahájením léčby vždy informujte ošetřujícího kožního lékaře o veškerých lécích, které užíváte, během léčby pak lékaře informujte o případných změnách v užívání Vašich léků. Některé léky mohou zvyšovat citlivost kůže k ultrafialovému záření. Informujte lékaře, pokud jste se v minulosti podrobil(a) léčbě jakéhokoli onkologického onemocnění, nebo pokud tato léčba v současnosti probíhá. Dále lékaře informujte o onemocnění jater, ledvin, o chudokrevnosti, porfyrii, lupusu, epilepsii. PUVA terapie v těchto případech není, až na výjimky, doporučována. Informujte také o případném těhotenství, i o možnosti těhotenství – léčba těhotných a kojících není přípustná.

#### Jaký je postup této léčby:

##### 1. Pokud jste léčeni celkovou PUVA terapií, dodržujte, prosím, následující opatření:

Před zahájením léčby Vám lékař zajistí oční vyšetření, vyšetření krevního obrazu a jaterních testů. Doporučené množství tablet Oxsoralenu je nutné užít 2 hodiny před ozáření. Tablety užívejte vždy s trochou jídla. Budete-li pociťovat nevolnost, sdělte své obtíže ošetřujícímu lékaři. **Po užití tablet Oxsoralenu je nutné nepřetržitě používat brýle s ultrafialovým (UV) filtrem po dobu nejméně 8 hodin.** Je také vhodné vyvarovat se slunečnímu záření po dobu nejméně 8 hodin od užití tablet. Dávky léčebného záření ordinuje při pravidelných kontrolách ošetřující lékař, samotný provoz přístroje zajišťuje zdravotní sestra. Při vlastním ozáření je absolutně nutná ochrana očí brýlemi s UV filtrem a krytí zraku neprůhlednou ochranou.

##### 2. V případě lokální PUVA terapie, dodržujte, prosím, následující opatření:

Tinktura nebo krém se natírá na postižená místa 30-60 minut před ozáření. Tuto aplikaci provádí zdravotní sestra. Rovněž Vám před vlastním ozáření vydá ochranné brýle. Po ozáření doporučujeme léčené místo omýt vodou.

#### Jaké jsou možné komplikace a rizika:

Nejčastějšími nežádoucími účinky při užívání Oxsoralenu jsou nevolnost, zvracení, bolesti hlavy, nervozita, nespavost, precitlivělost na sluneční záření, odbarvení vlasů. Dále může dojít k poškození krvetvorby, poškození jater, poškození ledvin. V kombinaci s UVA zářením může dojít k poškození zraku. Až 72 hodin od ozáření může dojít ke *spálení kůže*, kdy kůže zčervená, objeví se puchýře, spálená místa jsou oteklá a bolestivá, může dojít k *úzehu*, kdy kromě spálení kůže bolí hlava, postižený zvrací, má průjem. **JE NUTNÉ DŮSLEDNĚ POUŽÍVÁNÍ BRÝLÍ S UV FILTREM PO UŽITÍ OXSORALENU, I PŘI FOTOTERAPII.**

Při opakovaném vystavení kůže UVA záření existuje zvýšené riziko vzniku kožních nádorů, jako melanomu, bazaliomu, spinaliomu. Existuje také zvýšené riziko vzniku změn vedoucích později ke kožním nádorům, jako jsou solární keratózy. UVA záření také urychluje stárnutí kůže. Může dojít k nepravidelnému zbarvení kůže i k dalším změnám. Je nutné hlásit lékaři kožní změny, jako barevná znamínka, nehojící se ložiska a jiné. Po ukončení léčby, nebo při přechodu na jiné dermatologické pracoviště, si vyžádejte záznamy o výši dosud aplikovaných dávek záření.

**Jaký je režim pacienta během léčby:**

Po celou dobu PUVA terapie nenavštěvujte solária a nevystavujte tělo slunečnímu záření, abyste nezvyšovali riziko nežádoucích účinků léčby. Noste brýle s UV filtrem nejméně po dobu 8 hodin po užití Oxsoralenu. V případě potíží neprodleně informujte lékaře!

**Identifikační údaje pacienta(tky):**

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

**Identifikační údaje zákonného zástupce, opatrovníka:**

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

**Plánovaný výkon:**

<b>PUVA terapie</b>
---------------------

**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