

Informovaný souhlas pacienta(tky) s výkonem

UVA, UVB 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 UVA, UVB terapie.

Co je UVA a UVB terapie:

Jde o ozáření kůže částí ultrafialového záření, které je součástí přirozeného slunečního záření. Ozáření probíhá v kabině vybavené výbojkami vydávajícími požadované spektrum záření. Toto záření léčebně ovlivňuje procesy v kůži.

Jaký je důvod (indikace) tohoto výkonu:

Léčba je volena jako základní nebo doplňková léčba u vybraných kožních onemocnění. V současné době je používáno k léčbě lupénky, ekzému, vitiliga, některých typů nádorů a dalších onemocnění.

Alternativy výkonu:

Jiné látky nanášené na kůži (masti, krémy s kortikosteroidy, popřípadě s jinou účinnou látkou).

Jaký je režim pacienta před výkonem:

Před zahájením léčby **vždy informujte ošetřujícího kožního lékaře o všech lécích, které užíváte, během léčby pak lékaře informujte o případných změnách v užívání Vašich léků, protože některé léky mohou zvyšovat citlivost kůže k UVA/UVB záření.**

Pokud jste se v minulosti podrobil(a) léčbě jakéhokoli onkologického onemocnění nebo pokud tato léčba v současnosti probíhá, není fototerapie, až na výjimky, doporučována.

Před vlastním ozářením je někdy vhodné ošetřit kůži lokálním léčivem, např. cignolinem, případně provést léčebnou koupel či osprchování. Tyto postupy zvýší účinnost fototerapie a jejich cílem je snížit množství aplikovaného záření, a tím i vedlejší účinky léčby. Bez vědomí lékaře neošetřujte kůži žádným přípravkem.

Jaký je postup při provádění výkonu:

Ozáření probíhá za dohledu zdravotní sestry. Před ozářením dostanete brýle s ultrafialovým (UV) filtrem, které budou po dobu ozáření chránit Váš zrak před ultrafialovými paprsky. Zdravotní sestra dále postupuje podle doporučení lékaře, zapne příslušný ozařovací přístroj a nastaví ordinovanou dávku záření. Doba ozáření závisí na typu a dávce záření, většinou se pohybuje v rozmezí několika sekund při použití UVB záření, až minut při použití UVA záření.

Jaké jsou možné komplikace:

K akutním nežádoucím účinkům patří *spálení kůže*, kdy kůže zčervená, objeví se puchýře, spálená místa jsou oteklá a bolestivá. Může dojít k *úžehu*, kdy kromě spálení kůže, bolí hlava a postižený zvrací, má průjem. Dále hrozí *poškození oční sítnice, zánět spojivek*. JE NUTNÉ DŮSLEDNĚ POUŽITÍ BRÝLÍ S UV FILTREM PŘI FOTOTERAPII.

Při opakovaném vystavení kůže UVA/UVB záření, existuje zvýšené riziko vzniku kožních nádorů, jako melanomu, basaliomu, spinaliomu. Existuje také zvýšené riziko vzniku změn vedoucích později ke kožním nádorům, jako jsou solární keratózy. UVA/UVB záření také urychluje stárnutí kůže. Může dojít k nepravidelnému zbarvení kůže i k dalším změnám. Je nutné hlásit lékaři kožní změny, zvláště 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 po provedení výkonu:

Po dobu trvání UVA/UVB terapie nenavštěvujte solária a nevystavujte tělo nadměrně slunečnímu záření, abyste nezvyšovali riziko nežádoucích účinků léčby.

Na Vaše případné dotazy Vám kdykoliv během léčby odpoví Váš ošetřující lékař.

Identifikační údaje pacienta(tky):

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

Identifikační údaje zákonného zástupce, opatrovníka:

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

Plánovaný výkon:

UVA, UVB fototerapie

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