

Pracoviště (klinika, oddělení):

Dermatovenerologická klinika

Pacient:

Jméno, příjmení, rodné číslo, datum narození*, číslo pojištění, kód zdravotní pojišťovny

Dnešního dne jsem byl/a lékařem poučen/a o povaze svého onemocnění a o prognóze dalšího vývoje mého zdravotního stavu:

Diagnóza/ podezření na diagnózu:

Zároveň jsem byl/a poučen/a o povaze zdravotního výkonu, který mi má být proveden.

Označení zdravotního výkonu (popřípadě několika výkonů):

SVĚTLOLÉČBA ULTRAFIALOVÝM ZÁŘENÍM (fototerapie UVB 308 a 311 nm)

Účelem tohoto zdravotního výkonu je:

Základní nebo doplňková léčba vybraných kožního onemocnění pomocí světelného záření, jejímž principem je vystavení kůže ultrafialovému záření, které je součástí přirozeného slunečního záření, a léčebně ovlivňuje procesy v kůži

Předpokládané následky tohoto zdravotního výkonu:

Nejsou nebo výjimečně začervenání kůže, svědění, pálení v místě ozáření

Předpokládaný prospěch tohoto zdravotního výkonu (léčby) je tento:

Zhojení či zlepšení kožních projevů

Zdravotní výkon bude probíhat takto:

Před samotným ozářením dostanete brýle s ultrafialovým (UV) filtrem, které chrání Váš zrak po dobu ozáření.

Ozáření předem určených částí těla zářičem probíhá pod dohledem zdravotní sestry, která jej nastaví dle předem stanoveného léčebného protokolu, který určuje lékař. Doba ozáření závisí na typu a dávce záření. Nejčastější schéma počítá se čtyřmi ozářeními za týden. Kontrolní vyšetření lékařem se provádí vždy po ukončení 10 ozáření, při nečekaných komplikacích ihned.

Byl/a jsem poučen/a, že jako alternativa místo shora uvedeného lékařem doporučeného výkonu lze provést:

Místní, celková nebo chirurgická léčba – podle povahy onemocnění

Vzal/a jsem na vědomí, že lékařem **doporučený výkon má oproti uvedené alternativě tyto výhody:**

Vyšší účinnost než samotná léčba místní (lze kombinovat s většinou lokálních místních terapií)

Méně nežádoucích účinků než celková nebo chirurgická léčba

ale současně tyto **nevýhody:**

Předčasné stárnutí kůže, vyšší riziko vzniku některých kožních nádorů při dlouhodobé světloléčbě

Možnost spálení kůže – otok, zarudnutí, puchýře (solární dermatitidy)

Možnost aktivace či zhoršení probíhající kožní infekce (např. opar rtu)

Přechodné zhoršení základního onemocnění

Byl/a jsem dále poučen/a, že lékařem **doporučený výkon má následující rizika:**

Spálení kůže (až vznik puchýřů), zánět (zarudnutí, otok), alergická nebo toxická reakce způsobená zářením

Byl/a jsem také poučen/a o **dalším léčebném režimu**, resp. **preventivních opatřeních**, vyplývajících z provedení lékařem doporučeného výkonu, jakož i o nutnosti **kontrolních zdravotních výkonů:**

Po dobu trvání fototerapie nenavštěvujte solária a nevystavujte se slunečnímu záření, které zvyšují riziko nežádoucích účinků

Nutné jsou pravidelné kontroly dle objednání

V případě komplikací (např. horečka, otok, zarudnutí, silná bolestivost) kontrola ihned i bez objednání

Beru na vědomí, že po provedení uvedeného zdravotního výkonu **budu takto omezen/a v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti:**

Není omezení v pracovní schopnosti

Možná **změna zdravotního stavu nebo zdravotní způsobilosti** v důsledku zdravotního výkonu:

Nepředpokládá se

Prohlašuji a svým dále uvedeným vlastnoručním **podpisem potvrzuji**, že lékař, který mi poskytl poučení, mi **osobně vysvětlil vše, o zdravotním výkonu** a měl/a jsem možnost klást mu otázky, na které mi řádně odpověděl.

Prohlašuji, že jsem byl/a poučen/a o svém právu svobodně se rozhodnout o dalším navrhovaném postupu při poskytování zdravotní péče, pokud zvláštní právní předpisy toto právo nevylučují.

Beru na vědomí, že předpokládaného následku a prospěchu uvedeného zdravotního výkonu nemusí být dosaženo.

Prohlašuji, že jsem shora uvedenému poučení **plně porozuměl/a** a výslovně a svobodně **souhlasím s provedením zdravotního výkonu.**

Současně prohlašuji, že v případě výskytu neočekávaných komplikací, vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků nutných k záchraně mého života nebo zdraví souhlasím s tím, aby byly provedeny veškeré další potřebné a neodkladné výkony nutné k záchraně mého života nebo zdraví.

V Praze dne:

.....
vlastnoruční podpis pacienta/ky
nebo jméno, příjmení a podpis zákonného zástupce

.....
jmenovka a podpis ošetřujícího lékaře

Pokud pacient/ka není schopen/a vyjádřit svůj souhlas podpisem, uveďte se způsob, jakým pacient/ka projevil/a svou vůli:

.....
Zdravotní důvody bránící podpisu pacienta:

Jméno, příjmení svědka:

vlastnoruční podpis svědka:.....