

# RADIONUKLIDOVÁ TERAPIE NITROOČNÍHO NÁDORU OČNÍM APLIKÁTOREM RU-106 (BRACHYTERAPIE)

Pacient/ka: ..... Narozen/a: .....

titul jméno příjmení

Rodné číslo (číslo pojištění): ..... / ..... Kód ZP: .....

Bydliště: .....

Zákonný zástupce: ..... Vztah: .....

titul jméno příjmení

(např. matka, otec, opatrovník aj.)

Narozen/a: ..... Bydliště: .....  
(liší-li se od bydliště pacienta/ky)

Vážená paní, vážený pane, vážení rodiče,

na základě předchozího vyšetření Vám ošetřující lékař doporučil u Vašeho pravého/levého\* oka (\*nehodící se škrtněte) radionuklidovou terapii nitroočních nádoru očním aplikátorem Ru-106.

Máte právo svobodně se rozhodnout o postupu při poskytování zdravotních služeb Vaší osobě, pokud jiné právní předpisy toto právo nevylučují. K provedení navrhovaného zdravotního výkonu je potřeba Vašeho souhlasu. Pro usnadnění rozhodnutí Vám chceme podat následující informace.

## Důvod provedení výkonu

Radionuklidová terapie nitroočního nádoru pomocí rutheniového aplikátoru je chirurgický zákrok, který se používá k léčbě nitroočních nádorů cévnatky a řasnatého tělesa, popř. duhovky. Využívá se především při léčbě melanoblastomu. Cílem zákroku je dosáhnout lokální kontroly nad nádorem (tj. zabránit dalšímu růstu nádoru a snížit riziko rozvoje generalizace nádoru, tj. zakládání metastáz), zachovat oční bulbus a, pokud to lokální nález umožňuje, uchovat alespoň částečně zrakovou funkci oka (tj. vidění). Výkon je možné provést u vhodně uložených menších nitroočních nádorů (do maximální výšky 7mm).

Výkon se neprovádí u těhotných a kojících žen, u pacientů/pacientek s pokročilým tumorem nebo přítomnými nitroočními komplikacemi (aktivní zánět, sekundární glaukom, bolestivý bulbus apod.) nebo anatomickými abnormitami očnice.

## Alternativy (jiné možnosti) výkonu / léčby

Pro ozáření tumoru lze využít i tzv. teleradioterapii (zdroj ionizujícího záření je mimo tělo pacienta) pomocí Leksellova gamanůže (Praha), kybernetického nože Cyberknife (Ostrava) nebo ve výjimečných případech protonového záření (Berlín), případně v kombinaci s následným chirurgickým odstraněním nádoru. Další možností je odstranění celého bulbu postiženého nádorem (tzv. enukleace).

## Příprava k výkonu

Před výkonem upozorněte svého ošetřujícího lékaře na případné alergie (přecitlivělosti), projevující se vyrážkou, dušností, apod. Před výkonem bude provedeno podrobné oční vyšetření se změřením rozměrů tumoru pomocí oční ultrasonografie (B-scan). Výkon je prováděn za hospitalizace v celkové anestezii, proto od půlnoci operačního dne nesmíte jíst, pít, kouřit ani žvýkat.

## Postup při výkonu

Výkon se provádí na operačním sále v celkové anestezii. Operace je zahájena odpreparováním spojivky a podvazem přímých okohybných svalů. Poté je lokalizován nádor a jeho okraj je vyznačen zevně na bělímě, na kterou je našit radioaktivní záříč, který je překryt spojivkou. Po uplynutí ozařovací doby je pacient/ka převezen/a zpět na operační sál, kde je záříč v celkové anestezii odstraněn.

## Rizika, následky a možné komplikace výkonu

Mezi možné časný komplikace po výkonu patří přechodná bolest oka, dvojité nebo zamížené vidění, zarudnutí a svědění oka a syndrom suchého oka. S odstupem od výkonu může dojít k rozvoji poradiační katarakty (šedého zákalu), rozvoji poradiačních změn na sítnici (retinopatie), makule (makulopatie) a zrakovém nervu (neuropatie optiku), které si mohou vyžádat další léčebné zákroky (např. laserové ošetření sítnice, nitrooční aplikaci léčiv nebo operaci šedého zákalu, vzácně chirurgické odstranění oka).

Tento formulář ani žádná jeho část nesmí být reprodukovány, publikovány a šířeny žádným způsobem a v žádné podobě bez výslovného svolení vedení FN Plzeň.



V závislosti na umístění nitroočního nádoru a rozvoji poradiačních komplikací může (nejčastěji 12-18 měsíců po léčbě) dojít k trvalému poklesu zrakové ostrosti oka.

V některých případech ani po léčbě není dosaženo dostatečné kontroly nad nitroočním nádorem a je potřeba léčbu opakovat nebo kombinovat s jiným typem léčby.

### **Chování po výkonu, možná omezení**

Po dobu ozařování je pacient/ka ošetřován/a v izolaci (v případě dětských pacientů s doprovodem) ve vyhrazeném pokoji, po dobu ozařování (dle velikosti nádoru a aktivity zářiče několik hodin až dní) pacienta/pacientku nesmí navštěvovat děti a těhotné nebo kojící ženy.

Po propuštění z hospitalizace budete pravidelně zván/zvána na kontroly nitroočního nálezu.

Dovolujeme si Vás informovat, že na poskytování zdravotních služeb v naší nemocnici se mohou podílet osoby získávající způsobilost k výkonu povolání zdravotnického pracovníka nebo jiného odborného pracovníka, a to včetně nahlížení do zdravotnické dokumentace. Přítomnost těchto osob při poskytování zdravotních služeb můžete odmítnout a jejich nahlížení do zdravotnické dokumentace můžete během svého léčení zakázat. Bližší informace Vám na vyžádání poskytne ošetřující lékař.

### **PROHLÁŠENÍ PACIENTA/KY (ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE)**

Byl/a jsem seznámena s údaji o účelu, povaze, předpokládaném prospěchu, následcích a možných rizicích navrhovaných zdravotních služeb (zdravotního výkonu).

Byl/a jsem seznámen/a s alternativami (jinými možnostmi) navrhovaných zdravotních služeb (zdravotního výkonu), s jejich výhodami a riziky a měl/a jsem možnost si jednu z alternativ zvolit (pokud tato možnost volby existuje a pokud výkon nepodléhá zvláštním právním předpisům).

Byl/a jsem seznámen/a s možnými omezeními v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti po poskytnutí zdravotních služeb (po zdravotním výkonu) a s možnými očekávanými změnami zdravotního stavu a zdravotní způsobilosti.

Byl/a jsem seznámen/a s léčebným režimem, vhodnými preventivními opatřeními a s možnými kontrolními zdravotními výkony.

Byl/a jsem poučen/a o právu svobodně se rozhodnout o postupu při poskytování zdravotních služeb, pokud jiné právní předpisy toto právo nevyklučují.

Nezamířel/a jsem žádné mně známé údaje o zdravotním stavu, které by mohly nepříznivě ovlivnit léčbu či ohrozit mé okolí, zejména rozšířením infekční choroby.

Souhlasím s nezbytným použitím omezovacích prostředků, jejichž účelem je odvrácení bezprostředního ohrožení života, zdraví nebo bezpečnosti v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb (prováděním zdravotního výkonu).

Prohlašuji, že mi byla poskytnuta podrobná informace o implantovaném zdravotnickém prostředku podle zvláštního právního předpisu. (Toto prohlášení se týká pouze pacientů s implantovaným zdravotnickým prostředkem.)

Prohlašuji, že jsem byl/a poučen/a o možnosti odvolání tohoto informovaného souhlasu a беру na vědomí, že případné odvolání souhlasu nebude účinné, pokud již bude započato provádění zdravotního výkonu, jehož přerušování může způsobit vážné poškození zdraví nebo ohrožení života.

V případě výskytu neočekávaných komplikací vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků nutných k záchraně života nebo zdraví souhlasím, aby byly provedeny veškeré další potřebné a neodkladné výkony nutné k záchraně života nebo zdraví.

**Prohlašuji, že jsem mohl/a klást doplňující otázky, na které mi bylo řádně odpovězeno, a že jsem informacím a poučení plně porozuměl/a a souhlasím s poskytnutím navrhovaných zdravotních služeb (zdravotním výkonem).**

---

Informace uvedené v tomto souhlasu s poskytnutím zdravotních služeb týkající se nezletilého pacienta (pacienta s omezenou svéprávností) byly tomuto pacientovi poskytnuty přiměřeně jeho rozumové a volní vyspělosti.



Pacient/ka: .....

Rodné číslo: .....

**POSOUZENÍ ZPŮSOBILOSTI NEZLETILÉHO PACIENTA NEBO PACIENTA S OMEZENOU SVĚPRÁVNOSTÍ K VYSLOVENÍ SOUHLASU:**

(vyplní lékař/ka poskytující údaje a poučení)

- Pacient/ka **je** rozumově a volně vyspělý/á k vyslovení souhlasu s poskytnutím navrhovaných zdravotních služeb.
- Pacient/ka **není** rozumově a volně vyspělý/á k vyslovení souhlasu s poskytnutím navrhovaných zdravotních služeb.

Lékař/ka (zdravotnický pracovník) poskytující údaje a poučení:

.....  
jmenovka (hůlkovým písmem nebo razítkem)

ZOK

.....  
podpis

V Plzni dne: ..... v ..... hodin .....  
.....  
podpis pacienta/ky (podpis zákonného zástupce)

**Vyplňte v případě, že pacient/ka je způsobilý/á k udělení souhlasu, ale nemůže se s ohledem na svůj zdravotní stav podepsat (např. pro úraz horní končetiny):**

**Současný zdravotní stav pacienta/ky nedovoluje, aby podepsal/a tento souhlas, protože:**

**Náhradní způsob projevu vůle (souhlasu):**

- kývnutím hlavy       gestem: .....       očima       jinak: .....

Svěděk: .....  
.....  
jméno a příjmení      podpis (není-li svědek zaměstnancem FN Plzeň, uveďte se adresa a datum narození)

**Vyplňte v případě, že pacient/ka (zákonný zástupce) odmítl/a souhlas podepsat:**

**Pacient/ka (zákonný zástupce) odmítl/a tento souhlas podepsat.**

Lékař/ka (zdravotnický pracovník) poskytující údaje a poučení:

.....  
jmenovka (hůlkovým písmem nebo razítkem)

ZOK

.....  
podpis

Svěděk: .....  
.....  
jméno a příjmení      podpis (není-li svědek zaměstnancem FN Plzeň, uveďte se adresa a datum narození)