

LÉČBA VITILIGA POMOCÍ UVB 311 nm

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,

Vaším ošetřujícím lékařem Vám byla pro výskyt nepigmentovaných míst na kůži (dále jako vitiligo) doporučena fototerapie pomocí UVB záření o vlnové délce 311 nm. Tato fototerapie se používá ve světě již několik let k léčbě nejen vitiliga ale i jiných kožních projevů.

Důvod provedení výkonu

Cílem ozařování pomocí UVB 311 nm je navození repigmentace (návratu původní barvy) do ložisek.

Postup při výkonu

K dosažení optimální účinnosti je doporučováno ozařování ve frekvenci 2 x týdně po dobu 3 až 12 měsíců. Doba vlastního ozáření je velmi krátká (většinou 5-7 min.). Jde čistě jen o ozáření bez předchozího podávání léků či aplikace mastí.

Rizika, následky a možné komplikace výkonu

Během ozáření si chráníte zrak brýlemi. V případě výskytu vitiliga okolo očí je možné léčbu podstoupit bez brýlí. Během ozáření však musíte mít dobře zavřené oči, jinak se vystavujete zvýšenému poškození zraku (vznik očního zákalu).

Chování po výkonu, možná omezení

V průběhu fototerapie se nevystavujte dalšímu UV či slunečnímu záření, riskujete popálení kůže. V letních měsících bývá proto léčba přerušena.

Pokud během léčby začnete užívat nové léky, informujte svého ošetřujícího lékaře či zdravotní sestru (hlavně některá antibiotika nebo masti s ketoprofenem v kombinaci s ozářením mohou způsobit zarudnutí až vyrážky).

Po dobu léčby UVB 311 nm budete pravidelně kontrolováni (minimálně 1x za 3 měsíce) Vaším ošetřujícím lékařem. V případě potřeby je možné se objednat ke kontrole i častěji. Během kontroly bude s Vámi zhodnocen výsledek fototerapie (repigmentace, stabilizace nemoci).

Dovoluujeme 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.



Pacient/ka:

Rodné číslo:

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 mé osobě (mému dítěti), pokud jiné právní předpisy toto právo nevylučují.

Nezamlčel/a jsem žádné mně známé údaje o mém zdravotním stavu (o zdravotním stavu mého dítěte), které by mohly nepříznivě ovlivnit moji léčbu (léčbu mého dítěte) či ohrozit mé okolí, zejména rozšířením infekční choroby.

Souhlasím s nezbytným použitím omezovacích prostředků, jejichž účelem je odvrácení bezprostředního ohrožení života, zdraví nebo bezpečnosti mé osoby (mého dítěte) 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 beru 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 mého (mého dítěte).

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 zbaveného způsobilosti k právním úkonům) byly tomuto pacientovi poskytnuty přiměřeně jeho rozumové a volní vyspělosti.

POSOUZENÍ ZPŮSOBILOSTI NEZLETILÉHO PACIENTA NEBO PACIENTA ZBAVENÉHO ZPŮSOBILOSTI K PRÁVNÍM ÚKONŮM 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 nebo zákonného zástupce**Vyplňte v případě, že se pacient/ka nemůže s ohledem na svůj zdravotní stav podepsat (např. pro úraz horní končetiny):****Současný zdravotní stav pacienta/ky nedovoluje, aby podepsal/a tento souhlas, protože:****Způsob projevu vůle (souhlasu):**

kývnutím hlavy gestem: očima jinak:

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

**FAKULTNÍ NEMOCNICE PLZEŇ**

Edvarda Beneše 13, 305 99 Plzeň - Bory
alej Svobody 80, 304 60 Plzeň - Lochotín
IČO 00669806 tel.: 377 401 111, 377 103 111

Pacient/ka:

Rodné číslo:

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

Svěddek:

jméno a příjmení

podpis

(není-li svědek zaměstnancem FN, uveďte se adresa a datum narození)