



ГБУ АО «АРХАНГЕЛЬСКИЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ОНКОЛОГИЧЕСКИЙ ДИСПАНСЕР»

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ НА ФОТОДИНАМИЧЕСКУЮ ТЕРАПИЮ

Я, _____

В соответствии со статьей 20 ФЗ № 323 от 21.11.11 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» проинформирован(а) о своих правах как пациента.

Я информирован(а) о диагнозе заболевания, а также обо всех обстоятельствах, связанных с моей болезнью, возможных методах и вариантах лечения, о необходимости, цели и ожидаемых результатах предстоящего сеанса фотодинамической терапии.

Я информирован(а) о том, что фотодинамическая терапия является эффективным методом лечения злокачественных опухолей, но точно предсказать ее исход невозможно, и о том, что результаты ее отсрочены во времени. Я понимаю, что проведение фотодинамической терапии связано с риском инфицирования, болевым синдромом, сердечными и гемодинамическими расстройствами, аллергическими реакциями, фотохимическими реакциями, возникновением отека кожи в зоне лечения, выраженными воспалительными изменениями, потерей крови.

Я понимаю, что во время ФДТ могут возникнуть непредвиденные обстоятельства и осложнения. В таком случае план лечения может быть изменен лечащим врачом по его усмотрению.

Я информирован своим лечащим врачом о необходимости соблюдения светового режима.

Я осознаю, что обязан поставить в известность лечащего врача обо всех проблемах с моим здоровьем, аллергических реакциях или индивидуальной непереносимости лекарств, а также о злоупотреблении алкоголем или наркотическими препаратами.

Информация о предстоящем мне лечении, возможных реакциях, осложнениях и исходах доведена в понятной для меня форме. Я ознакомлен(а) со всеми пунктами настоящего документа.

На предложенное мне лечение – фотодинамическую терапию, **согласен/согласна**, о чём свидетельствует моя подпись:

подпись, , дата

Лечащий врач _____

подпись, дата.

*При невозможности получения подписи пациента в связи с особенностями заболевания, а также при проведении курса лучевой терапии у детей документ подписывают его родственники (законные представители):

Ф.И.О. (полностью) _____

Родственные отношения _____

Подпись родственника (представителя): _____

подпись, дата

Заведующий отделением _____ / _____ /

Памятка пациенту, проходящему фотодинамическую терапию Уважаемый пациент!

С помощью этой памятки и разъяснительной беседы лечащего врача, мы информируем Вас о предстоящей фотодинамической терапии (ФДТ), её значении для Вашего здоровья, а также побочных эффектах во время её проведения.

Вам будет введен лекарственный препарат – фотосенсибилизатор. После этого через определенный промежуток времени, необходимый для накопления препарата в опухоли, будет проведено облучение опухоли лазером для активизации фотохимической реакции и разрушения клеток опухоли.

После проведения ФДТ в области опухоли сформируется некроз, а в окружающих тканях может быть отек.

После введения фотосенсибилизатора необходимо на 1-2 дня оградить себя от нахождения на открытом солнце во избежание возникновения ожогов кожи. Для предотвращения повреждения сетчатки глаз необходимо носить темные очки.

При проведении ФДТ возможны местные проявления:

- боли в месте облучаемого очага в течение всей процедуры и вплоть до 1 часа после ФДТ (выраженность болевого синдрома варьирует в зависимости от распространенности процесса и индивидуальной чувствительности пациента);
- кожный зуд, покраснение кожи, отек кожи, которые постепенно уменьшаются через 3-5 дней после сеанса ФДТ;
- некроз опухоли (корочка) формируется через 2-4 дня после сеанса ФДТ, отторгается самостоятельно в процессе заживления раны (в течение 2-8 недель - сроки зависят от размеров опухоли).

По всем возникающим у Вас вопросам обращайтесь к лечащему врачу.