

## Fototerapie

### Pacient (štítek)

---

Jméno a příjmení:

---

Rodné číslo:

Bydliště:

---

### Zákonný zástupce

---

Jméno a příjmení:

Datum narození:

---

#### **Vážená paní, vážený pane, vážení rodiče,**

v předkládaném formuláři si přečtete informace o fototerapii.

Pomohou Vám připravit se na rozhovor s lékařem, který Vás bude informovat o navrhovaném postupu, abyste se mohl(a) rozhodnout a dát souhlas k jeho provedení.

#### **Co je fototerapie:**

Fototerapie je léčba světlem, jejímž principem je vystavení kůže ultrafialovému záření, které je součástí přirozeného slunečního záření, a léčebně ovlivňuje procesy v kůži. Využívá UVA a UVB záření samostatně nebo v kombinaci s jinými léčebnými látkami podaných formou tablet nebo léčiv nanášených na kůži.

#### **Jaký je důvod (indikace) tohoto výkonu:**

Je to základní nebo doplňková léčba u vybraných kožních onemocnění. Využívá se především při léčbě lupénky, ekzému, vitiliga a některých typů nádorových onemocnění a jiných onemocnění.

#### **Jaký je režim pacienta před výkonem:**

U onkologických onemocnění a jejich léčby není fototerapie doporučována. Léčba je kontraindikována u epileptiků, jedinců trpících klaustrofobií, pacientů se závažnou imunosupresí, alergií na psoraleny. V případě těhotenství u žen se musí léčba přerušit.

Před zahájením léčby je nutné provést kožní fototest (citlivost na UVA, UVB záření). U PUVA terapie (fototerapie + psoraleny) vyšetření krve (jaterní enzymy) a oční vyšetření k vyloučení katarakty. Vždy informujte ošetřujícího lékaře o všech lécích, které užíváte, rovněž i o případných změnách v užívání léků v průběhu fototerapie (zvýšená citlivost kůže k UVA a UVB záření). Před vlastním ozářením je někdy vhodné ošetřit kůži lokálním léčivem, případně provést osprchování. Bez vědomí lékaře neošetřujte kůži žádným přípravkem v den ozáření.

#### **Jaký je postup při provádění výkonu:**

Úvodem léčby se provádí fototest, který se odečítá za 24 hodin.

Před samotným ozářením dostanete brýle s ultrafialovým (UV) filtrem, které chrání Váš zrak po dobu ozáření. Ozáření probíhá pod dohledem zdravotní sestry v kabině s výbojkami s požadujícím spektrem záření. Zdravotní sestra postupuje podle doporučení lékaře. Zapne ozařovací přístroj a navolí ordinovanou dávku záření. Doba ozáření závisí na typu a dávce záření. Nejčastější schéma počítá se čtyřmi ozářenými za týden. Nedoporučuje se provádět fototerapii déle než 3 měsíce.

Kontrolní vyšetření lékařem se provádí vždy po ukončení 10 ozáření, při nečekaných komplikacích ihned.

### **Jaké jsou možné komplikace a rizika:**

K akutním komplikacím patří spálení pokožky, což se projevuje zarudnutím, otokem a tvorbou puchýřů na kůži. Zřídka pak svědění kůže či přechodné zhoršení základního onemocnění. Během vlastního ozáření je nutné důsledné použití brýlí s UV filtrem, hrozí poškození oční sítnice a zánět spojivek. Jejich používání je doporučováno i během denního světla v průběhu celého procesu fototerapie. Při opakovaném vystavení kůže UVA/UVB záření existuje zvýšené riziko vzniku kožních nádorů, jako melanomu, basaliomu, spinaliomu. Může dojít i ke změnám na kůži, vedoucích ke vzniku kožních nádorů (solární keratozy). UVA a UVB záření urychluje stárnutí kůže. Vždy je nutné hlásit lékaři jakékoliv změny na kůži.

Po ukončení léčby a 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 fototerapie nenavštěvujte solária a nevystavujte se slunečnímu záření, zvyšuje riziko nežádoucích účinků.

### **Jaké jsou možné alternativy výkonu:**

Jiné látky nanášené na kůži (masti, krémy s kortikoidy popřípadě jinou léčebnou látkou).

### **Upozornění:**

V případě užívání antibiotik se fototerapie přerušuje a dále pokračuje po 7 až 10 dnech po ukončení antibiotické léčby.

**Prohlašuji, že mi byl náležitě objasněn důvod, předpokládaný prospěch, způsob provedení, následky, možná rizika a komplikace plánovaného výkonu. Byly mi 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). Lékařem jsem byl(a) poučen(a) o možnosti svůj souhlas s navrženým postupem odvolat.**

**S prováděním výše uvedeného výkonu souhlasím.**

**Datum:**

\_\_\_\_\_  
Podpis pacienta nebo zákonného zástupce

\_\_\_\_\_  
Razítko oddělení, jméno, příjmení a podpis ošetřujícího lékaře, který vysvětlující pohovor provedl

**Pacient(ka) není schopen(a) podpisu. Svůj souhlas vyjádřil(a):**

popište způsob:

\_\_\_\_\_  
Jméno, příjmení a podpis svědka

\_\_\_\_\_  
Razítko oddělení, jméno, příjmení a podpis lékaře