



FN MOTOL

Razítko pracoviště

Informovaný souhlas zákonného zástupce s poskytnutím zdravotních služeb (zdravotních výkonů) osobě jím zastupované

Příjmení:
Jméno:
RČ pacienta:

1. Název zdravotního výkonu: Využití části odebraného brzlíku k výrobě léčiva

2. Diagnóza, která vede k provedení zdravotního výkonu:

3. Informace o potřebném zdravotním výkonu, včetně údaje o jeho účelu, povaze, předpokládaném prospěchu a následcích:

Vaše dítě se má podrobit operaci srdce, v jejímž průběhu bude nezbytné odstranit část brzlíku v případě, že bude zvětšený a bude bránit přístupu chirurga do operované oblasti. Odejmutá část brzlíku již nebude žádným způsobem použitelná pro Vaše dítě, avšak obsahuje cenné látky, které jsou velmi důležité pro výrobu životně důležitého léčiva Thymoglobuline, používaného při transplantaci orgánů a kostní dřeně.

Odebraná část brzlíku bude odeslána ke zpracování pro výrobu léčiv za přísných bezpečnostních a hygienických podmínek a naprosto anonymně s tím, že bude část brzlíku zpracována pouze pro výrobu, resp. přípravu léčiva. Výrobce léčiva Thymoglobuline testuje odejmutou část brzlíku pro bezpečnost léčiva na virus získané imunodeficiencie a žloutenky B a C ze 2-4 ml krve odebrané Vašemu dítěti v rámci nutných předoperačních krevních odběrů.

Pokud máte jakékoliv osobní, náboženské nebo medicínské důvody, které Vás vedou k tomu, že si přejete, aby byla část brzlíku odstraněná Vašemu dítěti zničena a nebyla použita pro výrobu léčiva, informujte, prosím, lékaře.

4. Rizika zdravotního výkonu:

5. Alternativy zdravotního výkonu:

6. Údaje o možném omezení v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti po provedení příslušného zdravotního výkonu, lze-li takové omezení předpokládat; v případě možné nebo očekávané změny zdravotního stavu též údaje o změnách zdravotní způsobilosti:

Předpokládaná doba hospitalizace:

Předpokládaná doba trvání pracovní neschopnosti (předpokládaná doba, po kterou pacient nebude schopen vykonávat své studium):

Předpokládaná omezení v běžném způsobu života:

Předpokládané změny zdravotní způsobilosti:

7. Údaje o léčebném režimu a preventivních opatřeních, která jsou vhodná, a údaje o poskytnutí dalších zdravotních služeb (zdravotních výkonů):

8. Odpovědi na doplňující otázky pacienta/zákonného zástupce pacienta:

Prohlášení lékaře:

Prohlašuji, že jsem výše uvedeného pacienta/zákonného zástupce pacienta srozumitelným způsobem a v dostatečném rozsahu informoval o jeho zdravotním stavu/o zdravotním stavu osoby jím zastupované a o veškerých shora uvedených skutečnostech, o navrženém individuálním léčebném postupu a všech jeho změnách, včetně upozornění na možné komplikace. Pacient/zákonný zástupce pacienta byl seznámen s plánovaným způsobem anestézie (sedace), bude-li použita.

V Praze, dne.....

.....
Podpis a jmenovka lékaře

V Praze, dne.....

.....
Podpis operatéra**Prohlášení a souhlas pacienta/zákonného zástupce pacienta:**

Já, níže podepsaný, prohlašuji, že jsem byl lékařem srozumitelně a v dostatečném rozsahu informován o svém zdravotním stavu/o zdravotním stavu osoby mnou zastupované a o veškerých shora uvedených skutečnostech. Údaje a poučení mi byly lékařem sděleny a vysvětleny, porozuměl jsem jim a měl jsem možnost klást doplňující otázky, které mi byly lékařem srozumitelně zodpovězeny. Na základě poskytnutých informací a po vlastním zvážení souhlasím s provedením zdravotního výkonu/souhlasím s provedením zdravotního výkonu u osoby mnou zastupované, případně s použitím uvedené anestézie (sedace), včetně provedení dalších zdravotních výkonů, pokud by jejich neprovedení bezprostředně ohrozilo můj život nebo zdraví/život nebo zdraví osoby mnou zastupované.

Současně také prohlašuji, že jsem lékaři sdělil všechny mně známé důvody, které by mohly zkomplikovat klidný průběh zdravotního výkonu (zejména užívané léky, alergie a všechna přidružená onemocnění).

Pro zákonného zástupce pacienta:

Jako zákonný zástupce nezletilého pacienta nebo pacienta zbaveného způsobilosti k právním úkonům prohlašuji, že veškeré shora uvedené informace byly poskytnuty rovněž tomuto pacientovi (za podmínky, je-li k tomu pacient přiměřeně rozumově a volně vyspělý).

Pokud pacientovi nebyly takové informace poskytnuty, uveďte se důvod jejich neposkytnutí:

.....
.....

V Praze, dne.....

.....
Podpis zákonného zástupce pacientaNEBO
Podpis pacienta ***Identifikace zákonného zástupce pacienta:**

1) Jméno a příjmení:Datum narození:

Vztah k pacientovi:

* Nezletilému pacientovi lze zdravotní služby poskytnout na základě jeho souhlasu, jestliže je provedení takového úkonu přiměřené jeho rozumové a volní vyspělosti odpovídající jeho věku. U pacienta zbaveného způsobilosti k právním úkonům se postupuje obdobně, nezohledňuje se však věk pacienta.