VŠEOBECNÁ FAKULTNÍ NEMOCNICE V PRAZE
U Nemocnice 499/2, 128 08 Praha 2 | IČ: 00064165, tel.: 224 961 111

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno a příjmení:	**r. č.:**
Zákonný zástupce pacienta (jméno, příjmení):	
Označení zdravotního výkonu (popřípadě několika výkonů): **CELKOVÁ LÉČBA DAPSONEM U PACIENTŮ S KOŽNÍM ONEMOCNĚNÍM**	
Účel, povaha, předpokládaný prospěch, následky a možná rizika zdravotního výkonu: Dapson (firemní název léku Disulone) patří mezi léky ze skupiny sulfonů. Používá se k léčbě některých puchýřnatých onemocnění kůže (Dermatitis herpetiformis, Morbus Duhring). Lék se nesmí užívat při přecitlivělosti na jeho složky, při zjištěné chudokrevnosti a přítomnosti methemoglobinu v krvi (neschopnost přenášet kyslík). Lék je pacienty celkově dobře snášen, může ale způsobit chudokrevnost či další změny krve, proto je třeba provádět v pravidelných intervalech kontroly krevního obrazu a další vyšetření krve.	
Jiné možnosti, jejich vhodnost, přínosy a rizika: Samotná bezlepková strava, která nemusí být v léčbě kožních projevů onemocnění dostačující.	
Zdravotní výkon bude probíhat takto: Léčba spočívá v pravidelném užívání léku, dodržování přísně bezlepkové stravy a podrobení se pravidelných kontrol, které Vám stanoví Váš ošetřující lékař.	
Omezení a doporučení ve způsobu života s ohledem na zdravotní stav a případné změny zdravotní způsobilosti po provedení uvedeného zdravotního výkonu: Základním předpokladem správné léčby onemocnění je přísné dodržování bezlepkové stravy a pravidelné kontroly u kožního lékaře a lékaře gastroenterologa, jelikož může být toto onemocnění spojeno se závažným onemocněním tenkého střeva.	
Další potřebná léčba: Přísná bezlepková dieta.	
Prohlašuji, že lékař, který mi poskytl poučení, mi osobně vysvětlil vše, co je obsahem tohoto písemného informovaného souhlasu a měl/a jsem možnost klást mu otázky, na které mi řádně odpověděl. Prohlašuji, že jsem shora uvedenému poučení a informacím plně porozuměl/a a výslovně souhlasím s provedením tohoto zdravotního výkonu: V případě, že pacient je **nezletilý/á nebo s omezenou svéprávností** a je přiměřeně rozumově a volně vyspělý/á: **Prohlašuji, že jsem byl/a poučen/a v rozsahu, který je uveden výše.** Pokud pacientovi nebyly takové údaje poskytnuty, uvede se důvod jejich neposkytnutí:	

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno a příjmení:	**r. č.:**
V Praze dne ……. podpis pacienta / zákonného zástupce ……. podpis nezletilého pacienta / pacienta s omezenou svéprávností	 ……. jméno, příjmení a podpis lékaře
Pokud pacient / zákonný zástupce se nemůže s ohledem na svůj zdravotní stav podepsat: Důvod, pro něž pacient / zákonný zástupce není schopen/a se podepsat: Způsob, jak pacient / zákonný zástupce projevil/a svou vůli: ……. jméno, příjmení a podpis svědka	