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): **OBJEKTIVNÍ VYŠETŘENÍ SLUCHU:** **BERA - VYŠETŘENÍ KMENOVÝCH SLUCHOVÝCH POTENCIÁLŮ** **CERA - VYŠETŘENÍ KOROVÝCH SLUCHOVÝCH POTENCIÁLŮ**	
Účel, povaha, předpokládaný prospěch, následky a možná rizika zdravotního výkonu: Cílem vyšetření je stanovení prahu sluchu u malých dětí a u klientů, u kterých nejsou předpoklady pro spolupráci při jiné metodě vyšetření sluchu. Dále se vyšetření provádí před kochleární implantací a u vývojových poruch řeči (CERA). Při tomto vyšetření registrujeme odpovědi sluchové dráhy na zvukové podněty v oblasti mozkového kmene (BERA) nebo mozkové kůry (CERA). Toto vyšetření nemá zdravotní rizika.	
Jiné možnosti, jejich vhodnost, přínosy a rizika: Neexistuje jiné odpovídající objektivní vyšetření sluchu.	
Zdravotní výkon bude probíhat takto: V přirozeném spánku nebo v bdělém stavu při zavřených očích bude do sluchátek pouštěn zvukový signál o určité intenzitě a frekvenci. Přes elektrickou aktivitu mozku bude zaznamenávána a vyhodnocována odpověď sluchové dráhy a podle toho stanoven práh sluchu. Ke snímání elektrické aktivity mozku je nutné nalepit 4 elektrody (podobné jako u EKG nebo EEG) na čelo a do oblasti za ušními boltci. Poslední elektroda se lepí na temeno hlavy a před tím je nezbytné odstranění vlasů na plošce cca 3 cm^2.	
Omezení a doporučení ve způsobu života s ohledem na zdravotní stav a případné změny zdravotní způsobilosti po provedení uvedeného zdravotního výkonu: Žádná	
Další potřebná léčba: Závisí na výsledku provedeného vyšetření.	
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	

Tento formulář je k dispozici také přímo v NIS.