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):

☐ **ELEKTROMYOGRAFIE HRTANOVÝCH SVALŮ**
☐ **ELEKTROMYOGRAFIE ARTIKULAČNÍCH SVALŮ**
☐ **ELEKTROSTIMULACE HRTANOVÝCH SVALŮ**

Účel, povaha, předpokládaný prospěch, následky a možná rizika zdravotního výkonu:

☐ Doplňkový diagnostický výkon k určení rozsahu postižení poruchy nervového zásobení.

☐ Léčebný výkon k podpoře znovuobnovení nervové aktivity eventuálně zachování hybnosti postižené svaloviny.

Předpokládaný prospěch:

☐ Zpřesnění diagnózy - určení stupně postižení nervového zásobení k cílenějšímu léčebnému plánu a prognostický odhad.

☐ Urychlení znovuobnovení nervového zásobení a zachování hybnosti hlasivkového kloubu.

Možná rizika:

Rizika shodná s provedením nitrosvalového vpichu např. při injekci, riziko vyvolání dávivého reflexu možného laryngospasmu (sevření svalstva hrtanu), riziko alergické reakce na slizniční anestetikum (lék k místnímu znecitlivění).

Jiné možnosti, jejich vhodnost, přínosy a rizika:

Není alternativa, alternativně lze výkon neprovádět.

Zdravotní výkon bude probíhat takto:

Provede se místní znecitlivění sliznice (Tetracain), následuje dezinfekce pokožky v místě vpichu (jod nebo benzinalkohol).

☐ Zavedení elektrody do nitrohrtanového svalu, snímání elektrické aktivity ve svalu v klidu a při svalové práci.

☐ Zavedení hrtanového vodiče s povrchovou elektrodou vedle hlasivky - stimulace krátkými impulsy o proudu 5-15 uA.

Omezení a doporučení ve způsobu života s ohledem na zdravotní stav a případné změny zdravotní způsobilosti po provedení uvedeného zdravotního výkonu:

Po provedení slizniční anestezie nejíst a nepít 90 minut.

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

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno a příjmení:	**r. č.:**

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:

V Praze dne

…… ……

podpis pacienta / zákonného zástupce jméno, příjmení a podpis lékaře

……

podpis nezletilého pacienta / pacienta s omezenou svéprávností

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