

**INFORMOVANÝ SOUHLAS**

Jméno a příjmení:	r. č.:
Zákonný zástupce pacienta (jméno, příjmení):	
Označení zdravotního výkonu (popřípadě několika výkonů): KOMPLEXTNÍ SUBSTITUČNÍ LÉČBA METADONEM (PODÁVÁNÍ A POSKYTOVÁNÍ SUBSTITUČNÍ LÁTKY - METADONU)	
Účel, povaha, předpokládaný prospěch, následky a možná rizika zdravotního výkonu: Poskytování substituční látky, a to v množství, které efektivně potlačuje odvykací příznaky (nastavení úvodní dávky), umožňuje všestranně zlepšit kvalitu života (udržovací fáze). Tato léčba je rozšířená o další složky (léčba tělesných a psychických poruch, poradenství, následná péče atd.). Mezi významná zdravotní rizika patří útlum centrálního nervového systému, včetně např. útlumu dechového centra. Ten může být způsoben užíváním jiných návykových tlumivých látek (zejména alkoholu a jiných opiátů) společně s metadonem, nebo jeho užívání jiným způsobem a v jiném množství, než bylo ordinováno lékařem.	
Jiné možnosti, jejich vhodnost, přínosy a rizika: Detoxifikace (proces vysazování drogy a zmírňování odvykacích příznaků) může vést ke stabilizaci např. při užívání více návykových látek najednou, sama o sobě bez následné péče není dlouhodobě efektivní. Pobyťová léčba na režimovém oddělení, která ale nemusí substituční léčbě předcházet. Během ní se může začít se snižováním dávky metadonu, pokud se to ambulantně nedaří, nebo může sloužit ke získání náhledu na souběžně užívané jiné návykové látky a pracovat na abstinenci od nich. Ambulantní vysnižování metadonu a převod na jiné substituční látky.	
Zdravotní výkon bude probíhat takto: Jedná se o časově předem neomezenou substituční terapii metadonem, která odkládá splnění konečného cíle - abstinence bez užívání substituční látky, na dobu, kdy ji bude pacient objektivně i subjektivně schopen podstoupit. Metadon se užívá ústy v podobě roztoku 1x denně. Metadon je vydáván v předem určeném režimu Centra substituční léčby po negativním altestu.	
Omezení a doporučení ve způsobu života s ohledem na zdravotní stav a případné změny zdravotní způsobilosti po provedení uvedeného zdravotního výkonu: Metadon může zhoršovat schopnost řízení motorových vozidel, obsluhy strojů apod. Podmínkou setrvání v metadonové substituci na Klinice adiktologie VFN je abstinence od všech jiných návykových látek a podrobení se minimálně 1x v měsíci náátkovému odběru moči na toxikologický rozbor.	



INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno a příjmení:	r. č.:
--------------------------	---------------

Další potřebná léčba:

Mezi další formy léčby patří léčba dalších psychiatrických diagnóz včetně případné farmakoterapie (léky) a psychoterapie, podpora adiktologa, kontroly internistou 1x ročně.

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:

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

verze číslo:

platnost od:

tisk: