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/léčebného postupu (popřípadě několika výkonů/postupů): **LÉČBA INTOXIKACE ŽIVOČIŠNÝMI JEDY PO UŠTKNUTÍ HADEM VČETNĚ PODÁNÍ ANTISÉRA**	
Účel, povaha, příprava, předpokládaný prospěch, následky a možná rizika zdravotního výkonu/léčebného postupu: Odstranění nebo zmírnění příznaků intoxikace a možných komplikací. **Rizikem** může být alergická reakce na antisérum, nebo jeho nízká účinnost.	
Jiné alternativy léčebného postupu, jejich vhodnost, přínosy a rizika: Nebude-li k dispozici příslušné antisérum a ani možnost jeho urgentního dovozu, nebo jeho podání nebude indikováno, budou příznaky intoxikace léčeny symptomaticky dle povahy intoxikace, např. podporou životních funkcí (dýchání, krevní oběh), podáním krevních derivátů (při poruše krevní srážlivosti) apod.	
Zdravotní výkon/léčebný postup bude probíhat takto: Komplexní léčba na Resuscitačním oddělení Kliniky anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny včetně indikovaného podání antiséra, bude-li dostupné, a léčby příznaků otravy viz výše.	
Omezení a doporučení ve způsobu života s ohledem na zdravotní stav a případné změny zdravotní způsobilosti po provedení uvedeného zdravotního výkonu/léčebného postupu: V případě nutnosti budou postiženému doporučeny další postupy k normalizaci stavu jako např. doléčení chirurgické, preventivní podání léků ke snížení krevní srážlivosti apod., podle povahy postižení.	
Další potřebná léčba: Další léčba bude doporučena podle stavu postiženého při propuštění nebo překladu.	
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 nebo s omezenou svéprávností** a je přiměřeně rozumově a volně vyspělý: **Prohlašuji, že jsem byl/a poučen v rozsahu, který je uveden výše.**	

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno a příjmení:	**r. č.:**

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 se podepsat:

Způsob, jak pacient / zákonný zástupce projevil svou vůli:

.....
jméno, příjmení a podpis svědka