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): ☐ **PODÁNÍ NEREGISTROVANÉHO LÉKU:** ☐ **PODÁNÍ LÉKU, KTERÝ JE URČEN PRO POUŽITÍ V JINÉ INDIKACI NEBO JINÉ VĚKOVÉ SKUPINĚ:**
Účel, povaha, příprava, předpokládaný prospěch, následky a možná rizika zdravotního výkonu/léčebného postupu: Lék není registrován Státním ústavem pro kontrolu léčiv, nebo je registrován pro jinou indikaci nebo pro jinou věkovou skupinu, proto je nutné podepsat souhlas s jeho aplikací. Na základě Vašeho zdravotního stavu je u Vás plně indikováno podání tohoto léčivého přípravku. Je možný výskyt některých nežádoucích účinků obsažených v příbalovém létáku daného přípravku.
Jiné alternativy léčebného postupu, jejich vhodnost, přínosy a rizika: V České republice není k dispozici jiný registrovaný léčivý přípravek, který by svými účinky byl pro pacienta stejně prospěšný.
Zdravotní výkon/léčebný postup bude probíhat takto: Léčivý přípravek se podává: ☐ podkožně ☐ do kloubu ☐ nitrožilně ☐
Omezení a doporučení ve způsobu života s ohledem na zdravotní stav a případné změny zdravotní způsobilosti po provedení uvedeného zdravotního výkonu: S aplikací léku není spojeno žádné omezení ve Vašem léčebném režimu.
Další potřebná léčba: Žádná
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

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno a příjmení:	**r. č.:**

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.

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