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): **VIDEOENCEFALOGRAFICKÉ MONITOROVÁNÍ (videoEEG)**	
Účel, povaha, předpokládaný prospěch, následky a možná rizika zdravotního výkonu: Videoencefalografické monitorování je současně probíhající záznam elektrických potenciálů, které vznikají činností mozkových buněk (elektroencefalografie - EEG) a videomonitorování. Videoencefalografické monitorování se provádí ke zjištění případných elektrofyziologických a klinických projevů epilepsie nebo k odlišení jiných chorob s podobnými příznaky.	
Jiné možnosti, jejich vhodnost, přínosy a rizika: Žádná	
Zdravotní výkon bude probíhat takto: Vlastnímu záznamu videoencefalografie předchází připevnění čidel - elektrod na hlavu pacienta. Elektrody se buď lepí a nebo jsou v čepici, která se pacientovi připevní na hlavu. Většinou se přidávají ještě elektrody k snímání elektrokardiografie (EKG) a případně jiná čidla podle povahy onemocnění. Žádné čidlo ani elektroda neruší integritu (celistvost) povrhu těla vyšetřovaného. Při zahájením vlastního záznamu jsou elektrody - čidla spojena se záznamovým zařízením. Vyšetřovaný se může volně pohybovat na lůžku a případně po dohodě se sestrou se může posadit vedle lůžka do křesla. V případě potřeby močit nebo jít na stolici, vyšetřovaný přivolá sestru, aby záznam přerušila a uvolnila elektrody ze záznamového zařízení. Trvání záznamu je závislé na povaze vyšetřovaných příznaků a na jejich případném zaznamenání během vyšetření. Po skončení monitorování čidla odborně sejme zdravotní sestra. Záznam je hodnocen až po skončení vyšetření.	
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: Videoencefalografické monitorování je diagnostický výkon a sám o sobě nevyvolává potřebu další péče nebo léčby.	
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

Tento formulář je k dispozici také přímo v NIS.