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): **INTRAVENÓZNÍ PULS STEROIDŮ** **(PODÁNÍ VYSOKÉ DÁVKY LÉČIVA - KORTIKOSTEROIDU - DO ŽÍLY)**	
Účel, povaha, předpokládaný prospěch, následky a možná rizika zdravotního výkonu: Účelem tohoto zdravotního výkonu je snížení aktivity imunologického procesu, zabránění vzniku nevratných jizevnatých změn ve svalech a/nebo snížení přetlaku v očnici, záchrana vidění postiženého eventuálně i druhého oka. Rizika léčby: všechna rizika z podání kortikosteroidů - zejména výkyvy hladin minerálů v krvi s možností vzniku srdeční slabosti, křečí apod., poruchy metabolismu cukrů, vředová choroba, poruchy spánku, poruchy nálady až depresivní stavy.	
Jiné možnosti, jejich vhodnost, přínosy a rizika: Podání nižších dávek léků v tabletách, ponechání bez léčby (nebo jen s léčbou základního onemocnění), výjimečně ozáření očnice.	
Zdravotní výkon bude probíhat takto: Budou aplikovány kortikosteroidy v pomalé nitrožilní infúzi po dobu několika dnů.	
Omezení a doporučení ve způsobu života s ohledem na zdravotní stav a případné změny zdravotní způsobilosti po provedení uvedeného zdravotního výkonu: Možná změna zdravotní způsobilosti závisí na charakteru léčeného onemocnění.	
Další potřebná léčba: Kontrolní odběry krve, ambulantní sledování, nelze vyloučit opakování léčby. Pokračování v léčbě léky v tabletové formě v délce závislé na klinickém nálezu.	
Prohlašuji, že lékař, který mi poskytl poučení, mi osobně vysvětlil vše, co je obsahem tohoto písemného informovaného souhlasu a měl jsem možnost klást mu otázky, na které mi řádně odpověděl. Prohlašuji, že jsem shora uvedenému poučení a informacím plně porozuměl 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 poučen v rozsahu, který je uveden výše.** Pokud pacientovi nebyly takové údaje poskytnuty, uvede se důvod jejich neposkytnutí:	

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno a příjmení:	**r. č.:**
V Praze dne ..... podpis pacienta / zákonného zástupce ..... podpis nezletilého pacienta / pacienta s omezenou svéprávností	..... jméno, příjmení a podpis lékaře
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	