**VŠEOBECNÁ FAKULTNÍ NEMOCNICE V PRAZE**
U Nemocnice 499/2, 128 08 Praha 2 | IČO: 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):<br>**NÁHRADNÍ NIKOTINOVÁ TERAPIE (NTN)** | |
| **Účel, povaha, předpokládaný prospěch, následky a možná rizika zdravotního výkonu:**<br>Provoz Dětského a dorostového detoxifikačního centra je nekuřácký. V důsledku vysazení nikotinu se mohou objevit duševní i tělesné odvykací příznaky, proto pro Vaše dítě nabízíme možnost hrazené NTN.<br>Existují dvě základní formy náhradní nikotinové terapie - orální (žvýkačky, pastilky) a transdermální (náplasti), jejichž bližší popis naleznete v Poučení pro pacienty.<br>Mezi nežádoucí účinky podávání přípravků NTN může patřit svědění v místě aplikaci při podávání transdermální formy, bolest hlavy, bolest svalů, nevolnost, škytavka, zažívací potíže, kašel, poruchy spánku. | |
| **Jiné možnosti, jejich vhodnost, přínosy a rizika:**<br>Alternativou použití přípravků s obsahem náhradního nikotinu je možnost detoxifikace od nikotinu bez použití těchto přípravků společně s detoxifikací od dalších psychotropních látek, což může vést k delšímu a závažnějšímu průběhu celého detoxifikačního procesu. | |
| **Zdravotní výkon bude probíhat takto:**<br>Po stanovení stupně závislosti na tabáku, které je součástí vstupního psychiatrického vyšetření, vybíráme jednu z možností podávání chemicky čistého nikotinu (nikotinové náplasti nebo žvýkačky/pastilky).<br>Přípravky s obsahem náhradního nikotinu vydává zdravotní sestra na základě ordinace lékaře. V průběhu detoxifikace monitorujeme příznaky z odnětí nikotinu a po jejich vyhodnocení dávku NTN průběžně upravujeme.<br>Nedílnou součástí procesu jsou podrobná edukace o indikacích a způsobech užití jednotlivých forem NTN, psychoterapeutická podpora a motivační programy k podpoře nekouření. | |
| **Omezení a doporučení ve způsobu života s ohledem na zdravotní stav a případné změny zdravotní způsobilosti po provedení uvedeného zdravotního výkonu:**<br>Nejsou známé. | |
| **Další potřebná léčba:**<br>Součástí léčby je individuální poradenství, skupinová terapie zaměřená na edukaci pacientů<br>a podporu jejich další motivace ke změně životního stylu včetně užívání tabákových výrobků. | |

# INFORMOVANÝ SOUHLAS

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

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:

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