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): **PODÁNÍ KREVNÍCH RŮSTOVÝCH FAKTORŮ** **(Typ léčiva bude individuálně stanoven a zaznamenán ve zdravotnické dokumentaci)**
Účel, povaha, předpokládaný prospěch, následky a možná rizika zdravotního výkonu: Účelem tohoto zdravotního výkonu je zastavit pokles počtu krevních buněk a zlepšit vlastní krvetvorbu po aplikaci protinádorové chemoterapie. Předpokládaným prospěchem je zlepšení krvetvorby. Rizika výkonu jsou následující: Celková únava a bolest pohybového systému, nevolnost, nechutenství, zvracení, průjem, zácpa, krvácení z nosu, kašel, bolest hlavy a krku.
Jiné možnosti, jejich vhodnost, přínosy a rizika: Výkon nemá alternativu, je jediným možným způsobem léčení.
Zdravotní výkon bude probíhat takto: Bude zavedena nitrožilní kanyla, do které budou formou infúzí aplikovány růstové faktory. Počet infúzí stanoví podle laboratorních výsledků ošetřující lékař.
Omezení a doporučení ve způsobu života s ohledem na zdravotní stav a případné změny zdravotní způsobilosti po provedení uvedeného zdravotního výkonu: Je vhodné dodržovat klidový režim, neprovádět fyzicky náročnou práci a sporty, nevystavovat se zbytečně rizikům nákazy jakoukoli infekcí, nepít alkohol, nekouřit. V souvislosti s rozsahem onemocnění může dojít ke změně zdravotní způsobilosti, pracovní neschopnosti, částečnému nebo úplnému invalidnímu důchodu.
Další potřebná léčba: Pravidelné kontroly v dohodnutých termínech, další ošetření dle rozvoje možných komplikací.
Poznámka:
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/á nebo s omezenou svéprávností** a je přiměřeně rozumově a volně vyspělý/á:

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno a příjmení:	**r. č.:**

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