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 (popřípadě několika výkonů): **INTRAMUSKULÁRNÍ (NITROSVALOVÁ) APLIKACE HUMÁNNÍHO (LIDSKÉHO) IMUNOGLOBULINU: PŘÍPRAVEK IGAMPLIA 160 MG/ML, GAMMANORM 165 MG/ML**	
Účel, povaha, předpokládaný prospěch, následky a možná rizika zdravotního výkonu: Jedná se o roztok lidských protilátek (imunoglobulinu) obsahující hlavně imunoglobulin G (IgG), který má široké spektrum protilátek proti různým infekčním původcům. Tento přípravek je vyroben z lidské plasmy, která byla testována a neobsahuje protilátky proti žloutence typu B (HBsAg), proti žloutence typu C, ani protilátky proti virům lidské imunodeficience (HIV-1, HIV-2). Nežádoucí účinky: v místě vpichu je možná bolestivá reakce a zvýšená citlivost. Mohou se vyskytnout zimnice, horečka, kožní reakce. Vzácně nevolnost, zvracení nebo i celková reakce s poklesem krevního tlaku a/nebo dechové potíže.	
Jiné možnosti, jejich vhodnost, přínosy a rizika: Podkožní podání, po nácviku je možné aplikovat doma. Nevýhodou je delší doba podávání (10 - 15 minut).	
Zdravotní výkon bude probíhat takto: Přípravek se podává pomalou aplikací do svalu. Po podání přípravku musíte být minimálně 20 minut pod dohledem lékaře. Objeví-li se při aplikaci nebo po ní jakákoliv nežádoucí reakce, informujte o ní lékaře.	
Omezení a doporučení ve způsobu života s ohledem na zdravotní stav a případné změny zdravotní způsobilosti po provedení uvedeného zdravotního výkonu: Pracovní neschopnost ani zdravotní způsobilost nebývá při běžném průběhu změněna. Pro úspěšný průběh léčby Vám doporučujeme dodržovat lékařem stanovené intervaly podávání.	
Další potřebná léčba: Žádná	
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.**	

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno a příjmení:	**r. č.:**
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	