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): **INTRAVENÓZNÍ (NITROŽILNÍ) APLIKACE HUMÁNNÍHO (LIDSKÉHO) IMUNOGLOBULINU**	
Účel, povaha, předpokládaný prospěch, následky a možná rizika zdravotního výkonu: Jedná se o roztok lidských protilátek, obsahující hlavně protilátky G (IgG). Má široké spektrum protilátek proti různým infekčním původcům. Tento přípravek je vyroben z lidské plazmy, která je získána od zdravých dárců testovaných na přítomnost původců infekčních onemocnění. Nežádoucí účinky: příležitostně se mohou vyskytnout zimnice, bolesti hlavy, horečka, bolesti kloubů, bolesti v dolní části zad, nevolnost, zvracení. Vzácně i systémová reakce s poklesem krevního tlaku a/nebo dechové potíže. Možné nežádoucí účinky lze omezit zpomalením rychlosti infuze.	
Jiné možnosti, jejich vhodnost, přínosy a rizika: Podkožní podávání je většinou nutné podávat v kratších intervalech. Je možné po zacvičení podávat doma. Nevhodné u pacientů s minimálním množstvím podkožního tuku.	
Zdravotní výkon bude probíhat takto: Přípravek se podává nitrožilní infuzí. Na začátku je rychlost podávání pomalá. V závislosti na tom, jak se budete cítit, je možné rychlost infuze zvyšovat. Během aplikace přípravku a minimálně 20 minut po ukončení podání budete 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.	
Další potřebná léčba: Žádná	
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: **Prohlašuji, že jsem byl/a poučen/a 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/a se podepsat: Způsob, jak pacient / zákonný zástupce projevil/a svou vůli: ..... jméno, příjmení a podpis svědka	