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): **SUBKUTÁNNÍ (PODKOŽNÍ) 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), obsahuje 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, otok, zarudnutí, svědění. Mohou se vyskytnout zimnice, horečka, bolesti hlavy, bolesti kloubů, bolesti dolní části zad, kožní reakce. Vzácně nevolnost, zvracení nebo i celková reakce s poklesem krevního tlaku a/nebo dechové potíže.	
Jiné možnosti, jejich vhodnost, přínosy a rizika: Nitrosvalový preparát Igamplia – je podáván v ambulanci ošetřujícího lékaře, většinou obsahuje menší dávku protilátek. Podkožní preparát Hizentra, HyQvia, Cuvitru – domácí podání, možnost jednorázového podání vyšší dávky / koncentrovanějšího preparátu.	
Zdravotní výkon bude probíhat takto: Přípravek se podává podkožně pomalou infuzí. Po zacvičení je možná domácí aplikace. 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	
Poznámka: Po provedení aplikace v domácím prostředí se kontaminovaný odpad odkládá dle poučení o nakládání s odpadem ze zdravotní péče. Informační leták „Poučení pacienta o nakládání s odpadem ze zdravotní péče" Vám bude předán.	
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	

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno a příjmení:	**r. č.:**

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