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 LÉKU - PATENT BLAU INJEKČNÍ ROZTOK**	
Účel, povaha, předpokládaný prospěch, následky a možná rizika zdravotního výkonu: Lék není registrován Státním ústavem pro kontrolu léčiv, proto je nutné podepsat souhlas s jeho aplikací. Jedná se o barvivo (syntetická látka na podkladě trifeniylmethanu), která se používá k zobrazení jednotlivých struktur během operace. Používá se k zobrazení mízních cév a uzlin (lymfatické mapování). Ke kontrole možného operačního poranění některých orgánů (močový měchýř, střevo, penis). Podává se koncentrovaný nebo ředěný roztok, podle účelu. Formy podání jsou nitrožilně, podkožně, intraparenchymatozně (do jednotlivých orgánů): děloha, močový měchýř, střevo, penis. Nežádoucí účinky jsou velmi vzácné. Jestliže se objeví, projevují se nejčastěji jako alergická reakce. Po nitrožilní aplikaci přetrvává modravé zbarvení moči, které mizí přibližně po jednom dni, po aplikace do kůže může modravé zabarvení přetrvávat i několik týdnů.	
Jiné možnosti, jejich vhodnost, přínosy a rizika: Zobrazovací vyšetření nemají v určitých případech dostatečnou výpovědní hodnotu, nezachytí spolehlivě možné prorůstání nádoru do tkání nebo poškození tkání a orgánů výše popsaných. Neexistuje tedy vhodná alternativa k podání tohoto barviva.	
Zdravotní výkon bude probíhat takto: Tenkou injekční jehlou se barvivo podává do oblasti orgánů výše popsaných, nebo cévkou do dutých orgánů (močový měchýř) nebo nitrožilně sterilní injekční jehlou.	
Omezení a doporučení ve způsobu života s ohledem na zdravotní stav a případné změny zdravotní způsobilosti po provedení uvedeného zdravotního výkonu: Žádná	
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