VŠEOBECNÁ FAKULTNÍ NEMOCNICE V PRAZE
U Nemocnice 499/2, 128 08 Praha 2 | IČ: 00064165, tel.: 224 961 111

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno a příjmení: Zadejte celé jméno	**r. č.:** Zadejte RČ
Zákonný zástupce pacienta (jméno, příjmení): Zadejte celé jméno	

Označení zdravotního výkonu (popřípadě několika výkonů):

ELEKTROENCEFALOGRAFICKÉ VYŠETŘENÍ (EEG)

Účel, povaha, předpokládaný prospěch, následky a možná rizika zdravotního výkonu:

Elektroencefalografické vyšetření umožňuje snímání a posouzení elektrické mozkové aktivity a může přispívat k diagnostice některých neurologických onemocnění. Napomáhá v rozlišení typu epilepsie a následně i ve výběru léčby.

Součástí vyšetření je klidový záznam a záznam při hlubokém dýchání. V některých případech (zejména při diagnostice epilepsie) se používá také stimulace přerušovaným světlem.

Vyšetření je nebolestivé. U pacientů s některým typem epilepsie může stimulace přerušovaným světlem vést k provokaci epileptického záchvatu.

Jiné možnosti, jejich vhodnost, přínosy a rizika:

Nejsou

Zdravotní výkon bude probíhat takto:

Na začátku vyšetření Vám připevněna na hlavu čepice z elastické tkaniny se zabudovanými elektrodami. Po upevnění čepice se aplikuje do oblasti elektrod vodivý gel, který zajišťuje přesný přenos elektrických signálů.

Poté budete laborantem/tkou vyzván/a k ulehnutí na lůžko v poloze na zádech a ke klidnému ležení. Po ulehnutí proběhne propojení mezi elektrodami ve snímací čepici a registračním zařízením. Vyšetření probíhá obvykle po dobu 20 minut. V průběhu vyšetření budete dostávat slovní instrukce od laboranta/tky k otevření, zavření oči a k zahájení a ukončení hlubokého dýchání. Budete informován/a o zahájení stimulace přerušovaným světlem.

Po ukončení vyšetření budete odpojen/a od registračního zařízení, po sundání čepice je pak potřeba očištění vlasové části hlavy od přebytku gelu (za použití buničiny nebo ručníku).

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 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

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno a příjmení: Zadejte celé jméno	**r. č.:** Zadejte RČ

vyspělý:

Prohlašuji, že jsem byl poučen v rozsahu, který je uveden výše.

Pokud pacientovi nebyly takové údaje poskytnuty, uvede se důvod jejich neposkytnutí:

Zadejte důvod

V Praze dne Zadejte datum

.....	.....
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: Zadejte důvod

Způsob, jak pacient / zákonný zástupce projevil svou vůli: Zadejte způsob

.....

jméno, příjmení a podpis svědka