



Klinika dětské hematologie a onkologie 2. LF UK a FN Motol
FAKULTNÍ NEMOCNICE V MOTOLE
 V Úvalu 84, 150 06 Praha 5, IČ: 00064203

Identifikační štítek pacienta

INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTA/ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE S VÝKONEM VYŠETŘENÍ HCG (TĚHOTENSKÝ TEST)

1. **Diagnóza, která vede k provedení zdravotního výkonu (zdůvodnění/indikace):**

- Vysokodávkovaná protinádorová chemoterapie nebo radioterapie.
- Dárce krvetvorných buněk.

2. **Informace o potřebném zdravotním výkonu (o jeho účelu, povaze, předpokládaném prospěchu a následcích):**

Vážená slečno/vážený rodiče,

ve Vašem vyšetřovacím a léčebném postupu Vám lékař doporučil provedení těhotenského testu (vyšetření hCG). Výsledek tohoto vyšetření je pro rozvalu lékaře nad další léčbou velice důležitý, protože případná (i když nepředpokládaná anebo nepravděpodobná) gravidita by byla závažnou akutní překážkou v další léčbě.

Jasně vyloučení gravidity je požadováno u pacientek před zahájením vysokodávkované chemoterapie (včetně transplantace kmenových buněk krvetvorby) dle mezinárodních akreditačních požadavků.

Vyšetření hCG je také požadováno v případě zdravé (potenciálně fertlní) dárkyně krvetvorných buněk k transplantaci, případná (i když nepředpokládaná anebo nepravděpodobná) gravidita by byla překážkou odběru

Vstupní vyšetření hCG je automaticky součástí protokolu farmakologické ochrany gonád, proto pokud jste/je Vaše dcera v takovém protokolu, již není dále separátně požadováno.

Odběr krve ke stanovení hCG se provádí zcela identicky jako každý jiný odběr krve k laboratornímu vyšetření, množství odebrané krve je cca 2 ml.

Informace o Vaší osobě a Vašem zdravotním stavu jsou považovány za důvěrné a nebudou sděleny žádné nepovolané osobě.

3. **Rizika zdravotního výkonu jsou zejména:**

- Rizika jsou minimální, objevit se může zejména drobná modřinka v místě vpichu, event. lokální zarudnutí, či přechodně malá lokální bolestivost. Prasknutí žíly, po kterém se objeví větší modřina i větší místní bolestivost, je výjimečné.

4. **Alternativy zdravotního výkonu:**

- Nejsou.

5. **Údaje o možném omezení v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti po provedení příslušného zdravotního výkonu, lze-li takové omezení předpokládat; v případě možné nebo očekávané změny zdravotního stavu též údaje o změnách zdravotní způsobilosti:**

- Vyšetření nepředpokládá hospitalizaci, nevede k pracovní neschopnosti či neschopnosti vykonávat své studium, neomezuje v běžném způsobu života a nevyvolává změnu zdravotní způsobilosti.

6. **Údaje o léčebném režimu a preventivních opatřeních, která jsou vhodná, a údaje o poskytnutí dalších zdravotních služeb (zdravotních výkonů):**

- Žádná opatření nejsou potřebná.

Prohlášení lékaře:

Prohlašuji, že jsem výše uvedeného pacienta/zákonného zástupce pacienta srozumitelným způsobem a v dostatečném rozsahu informoval/a o jeho zdravotním stavu/o zdravotním stavu osoby jím zastupované a o veškerých shora uvedených skutečnostech, o navrženém individuálním léčebném postupu a všech jeho změnách, včetně upozornění na možné komplikace.

V Praze, dne.....20.....

v.....hod.

.....
Podpis a jmenovka lékaře

Prohlášení a souhlas pacienta/zákonného zástupce pacienta:

Já, níže podepsaný/á, prohlašuji, že jsem byl/a lékařem srozumitelně a v dostatečném rozsahu informován/a o svém zdravotním stavu/o zdravotním stavu osoby mnou zastupované a o veškerých shora uvedených skutečnostech. Údaje a poučení mi byly lékařem sděleny a vysvětleny, porozuměl/a jsem jim a měl/a jsem možnost klást doplňující otázky, které mi byly lékařem srozumitelně zodpovězeny.

Na základě poskytnutých informací a po vlastním zvážení souhlasím s provedením zdravotního výkonu/souhlasím s provedením výkonu u osoby mnou zastupované, včetně provedení dalších zdravotních výkonů, pokud by jejich neprovedení bezprostředně ohrozilo můj život nebo zdraví/život nebo zdraví osoby mnou zastupované.

Současně také prohlašuji, že jsem lékařem sdělil/a všechny mně známé okolnosti, které by mohly zkomplikovat klidný průběh zdravotního výkonu (zejména užívané léky, alergie a všechna přidružená onemocnění).

Jsem si vědom/a, že tento svůj souhlas mohu kdykoliv odvolat.

Pro zákonného zástupce pacienta:

Jako zákonný zástupce nezletilého pacienta nebo pacienta s omezenou svéprávností prohlašuji, že veškeré shora uvedené informace byly poskytnuty rovněž tomuto pacientovi (za podmínky, je-li k tomu pacient přiměřeně rozumově a volně vyspělý). *Pokud pacientovi nebyly takové informace poskytnuty, uveďte se důvod jejich neposkytnutí:*

.....

V Praze, dne.....20..... v.....hod.

Podpis pacienta^{*} /zákonného zástupce

Identifikace zákonného zástupce:

Jméno a příjmení:

Datum narození: Vztah k pacientovi:

Podpisová doložka svědka:

.....
Důvod nepodepsání, nemůže-li se pacient podepsat

.....
Způsob, jakým pacient projevil vůli

.....
Jméno a příjmení svědka

.....
Podpis svědka

* Nezletilému pacientovi lze zdravotní služby poskytnout na základě jeho souhlasu, jestliže je provedení takového úkonu přiměřené jeho rozumové a volní vyspělosti odpovídající jeho věku. U pacienta s omezenou svéprávností se postupuje obdobně, nezohledňuje se však věk pacienta.