FN MOTOL

Razítko pracoviště

Identifikační štítek pacienta

INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTA/ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE S VÝKONEM **PODÁVÁNÍ DUPILUMABU**

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

- atopický ekzém

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

Na základě Vašeho aktuálního zdravotního stavu a diagnózy Vám byla lékařem indikována léčba dupilumabem. Tento lék patří do okruhu moderní – tzv. biologické léčby, také se nazývá cílená léčba, neboli léčba „šitá na míru“. Jde o protilátky blokující interleukin 4 a 13, které se významně uplatňují při vzniku atopického ekzému. Podává se podkožní injekcí do stehna, břišní krajiny nebo horní části paže. V dermatologii se používá k léčbě těžké atopické dermatitidy.

3. Rizika zdravotního výkonu:

Přestože podávání dupilumabu probíhá s maximální opatrností, může být provázeno některými vedlejšími účinky a riziky. Jeho léčebný přínos musí vždy převažovat nad riziky z jeho podávání. Většinou jsou nežádoucí účinky mírné. Nejčastěji jde o reakce v místě vpichu, konjunktivitidu (zánět spojivky) a herpes simplex v obličeji. Snižuje protiparazitární imunitní odpověď.

4. Alternativy zdravotního výkonu:

- Imunosupresivní terapie – Cyklosporin A

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:

Předpokládaná doba hospitalizace:

- Léčba probíhá ambulantně.

Předpokládaná doba trvání pracovní neschopnosti (předpokládaná doba, po kterou pacient nebude schopen vykonávat své studium):

- Dána povahou základního onemocnění.

Předpokládaná omezení v běžném způsobu života:

- Dána povahou základního onemocnění.

Předpokládané změny zdravotní způsobilosti:

- V případě nutnosti očkování živou vakcínou je třeba zvážit poměr prospěchu k riziku. Očkování neživými či inaktivovanými vakcínami lze provádět.

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

- V průběhu léčby se provádí klinické monitorování eventuálně nežádoucích účinků.

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 lékaři 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 můžu 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, uvede 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: ……

* 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.

Podpisová doložka svědka:

…… ……
Důvod nepodepsání, nemůže-li se pacient podepsat Způsob, jakým pacient projevil vůli

…… ……
Jméno a příjmení svědka Podpis svědka