

**Informovaný souhlas zákonného zástupce (opatrovníka) pacienta
s testem ověřujícím tvorbu růstového hormonu**

Pacient – jméno a příjmení:	Rodné číslo (číslo pojištění):
Datum narození: (není-li rodné číslo)	Kód zdravotní pojišťovny:
Adresa trvalého pobytu pacienta: (případně jiná adresa)	
Jméno zákonného zástupce (opatrovníka):	Rodné číslo:

Název výkonu

Test ověřující tvorbu růstového hormonu

Účel výkonu

Zjistit, jak je vaše dítě schopno tvořit růstový hormon.

Povaha výkonu

Zátěžový test s podáním stimulační látky (ústí nebo nitrožilně) a odběrem krve v časových intervalech 0 – 30 – 60 – 120 minut z předem zavedené nitrožilní cévky.

Předpokládaný prospěch výkonu

Ověření stupně tvorby růstového hormonu. V případě nízké hladiny možnost náhradní léčby růstovým hormonem.

Alternativa výkonu

Není.

Možná rizika zvoleného výkonu

Modřina v místě vpichu, hlad, pocení, ospalost, pokles krevního tlaku.

Následky výkonu

Modřina v místě vpichu.

Souhlas:

pozn. Vaši odpověď zakroužkujte:

Byl(a) jsem srozumitelně informován(a) o alternativách výkonu u osoby, jíž jsem zákonným zástupcem (opatrovníkem), prováděných ve Fakultní nemocnici Olomouc, ze kterých mám možnost volit.	ANO	NE
Byl(a) jsem informován(a) o možném omezení v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti po provedení příslušného zdravotního výkonu, v případě možné nebo očekávané změny zdravotního stavu též o změnách zdravotní způsobilosti osoby, jíž jsem zákonným zástupcem (opatrovníkem).	ANO	NE

Byl(a) jsem informován(a) o léčebném režimu a preventivních opatřeních, která jsou vhodná u osoby, jíž jsem zákonným zástupcem (opatrovníkem), o provedení kontrolních zdravotních výkonů.	ANO	NE
Všem těmto vysvětlením a informacím, které mi byly zdravotnickým pracovníkem sděleny a vysvětleny, jsem porozuměl(a), měl(a) jsem možnost klást doplňující otázky, které mi byly zdravotnickým pracovníkem zodpovězeny.	ANO	NE

Po výše uvedeném seznámení prohlašuji:		
- že souhlasím s navrhovanou péčí a s provedením výkonu. V případě výskytu neočekávaných komplikací souhlasím i s provedením všech dalších zákroků nutných k záchraně života nebo zdraví osoby, jíž jsem zákonným zástupcem (opatrovníkem).	ANO	NE
- že jsem lékařům nezamlčel(a) žádné mně známé údaje o zdravotním stavu osoby, jíž jsem zákonným zástupcem (opatrovníkem), jež by mohly nepříznivě ovlivnit její léčbu či ohrozit její okolí, zejména rozšířením přenosné choroby.	ANO	NE
- že v případě nutnosti dávám souhlas k odběru biologického materiálu (krev, moč...) osoby, jíž jsem zákonným zástupcem (opatrovníkem) na potřebná vyšetření k vyloučení zejména přenosné choroby.	ANO	NE

Datum:	Hodina	Podpis zákonného zástupce nebo opatrovníka

Jméno a příjmení lékaře, který podal informaci	Podpis lékaře, který podal informaci