

### Informovaný souhlas pacienta s chemoterapií

|                                                            |                                    |
|------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| Pacient –<br>jméno a příjmení:                             | Rodné číslo (číslo<br>pojištěnce): |
| Datum narození:<br>(není-li rodné číslo)                   | Kód zdravotní<br>pojišťovny:       |
| Adresa trvalého pobytu pacienta:<br>(případně jiná adresa) |                                    |

|                                                       |
|-------------------------------------------------------|
| <b><u>Název výkonu</u></b><br><br><b>Chemoterapie</b> |
|-------------------------------------------------------|

|                                                        |
|--------------------------------------------------------|
| <b><u>Účel výkonu</u></b><br>Zničení nádorových buněk. |
|--------------------------------------------------------|

|                                                                |
|----------------------------------------------------------------|
| <b><u>Povaha výkonu</u></b><br>Aplikace protinádorových látek. |
|----------------------------------------------------------------|

|                                                                                                                                      |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b><u>Předpokládaný prospěch výkonu</u></b><br>Zničení nádorových buněk a s tím související zmenšení nádoru, zastavení růstu nádoru. |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                           |
|-------------------------------------------|
| <b><u>Alternativa výkonu</u></b><br>Není. |
|-------------------------------------------|

|                                                                                                                                    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b><u>Možná rizika zvoleného výkonu</u></b><br>Spektrum nežádoucích účinků, zejména poruchy krvetvorby a sliznic trávicího traktu. |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                                             |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b><u>Následky výkonu</u></b><br>Vypadávání vlasů, únava, další vzácnější nežádoucí účinky. |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|

#### **Souhlas:**

|                                         |
|-----------------------------------------|
| <b>pozn.: Vaši odpověď zakroužkujte</b> |
|-----------------------------------------|

|                                                                                                                                                                                                                                        |     |    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|----|
| Byl(a) jsem srozumitelně informován(a) o alternativách výkonu prováděných ve FN 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. | ANO | NE |
| Byl(a) jsem informován(a) o léčebném režimu a preventivních opatřeních, která jsou vhodná, o provedení kontrolních zdravotních výkonů.                                                                                                 | ANO | NE |
| Všem těmto vysvětlením a informacím, které mi byly lékařem sděleny a vysvětleny, jsem porozuměl(a), měl(a) jsem možnost klást doplňující otázky, které mi byly lékařem zodpovězeny.                                                    | ANO | NE |

| Po výše uvedeném seznámení prohlašuji:                                                                                                                                                                                        |     |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|----|
| - že souhlasím s navrhovanou péčí a s provedením výkonu a v případě výskytu neočekávaných komplikací, vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků nutných k záchraně života nebo zdraví, souhlasím s jejich provedením, | ANO | NE |
| - že jsem lékařům nezamlčel(a) žádné mně známé údaje o mém zdravotním stavu, jež by mohly nepříznivě ovlivnit moji léčbu či ohrozit mé okolí, zejména rozšířením přenosné choroby,                                            | ANO | NE |
| - že v případě nutnosti dávám souhlas k odběru biologického materiálu (krev, moč...) na potřebná vyšetření k vyloučení zejména přenosné choroby,                                                                              | ANO | NE |
| - že souhlasím, že data o mém onemocnění, léčbě a získané výsledky mohou být anonymně zpracovány k vědeckým účelům,                                                                                                           | ANO | NE |
| - že souhlasím s přítomností studentů a stážistů při poskytování zdravotních služeb,                                                                                                                                          | ANO | NE |
| - že souhlasím s tím, aby studenti a stážisté nahlíželi do mé zdravotnické dokumentace a to pouze v nezbytném rozsahu a na základě pověření stanoveným zdravotnickým pracovníkem.                                             | ANO | NE |

| Datum: | Hodina | Podpis pacienta |
|--------|--------|-----------------|
|        |        |                 |

| Jméno, příjmení lékaře, který podal informaci | Podpis lékaře, který podal informaci |
|-----------------------------------------------|--------------------------------------|
|                                               |                                      |

| Pokud se pacient nemůže podepsat, uveďte důvody, pro které se pacient nemohl podepsat: |                                         |       |        |
|----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|-------|--------|
|                                                                                        |                                         |       |        |
| Jak pacient projevil svou vůli:                                                        |                                         |       |        |
|                                                                                        |                                         |       |        |
| Jméno a příjmení zdravotnického pracovníka/svědka                                      | Podpis zdravotnického pracovníka/svědka | Datum | Hodina |
|                                                                                        |                                         |       |        |