**Informovaný souhlas pacienta (zákonného zástupce pacienta) s DOPLNIT**

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

|  |
| --- |
| **Název výkonu**  Doplnit (srozumitelně a česky) |

|  |
| --- |
| **Účel výkonu**  Doplnit |

|  |
| --- |
| **Povaha výkonu**  Doplnit |

|  |
| --- |
| **Předpokládaný prospěch výkonu**  Doplnit |

|  |
| --- |
| **Alternativa výkonu**  Doplnit |

|  |
| --- |
| **Následky výkonu**  Doplnit |

|  |
| --- |
| **Možná rizika zvoleného výkonu**  Doplnit |

*V případě, že se jedná o výkon vyžadující stranový protokol:*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Stranový verifikační protokol** (vyplňuje lékař) | | |  | |
| **Ověření lokalizace výkonu:** | Orgán/část těla | | Strana | |
| Ověření dle ambulantní karty | ANO  NE | | Pravá  Levá  Jiné\* | |
| Ověření dle chorobopisu | ANO  NE | | Pravá  Levá  Jiné\* | |
| Ověření dle zobrazovacích metod | RTG  UZ  CT  Jiné: | | Pravá  Levá  Jiné\* | |
| Závěr – orgán/část těla (\*v případě zaměnitelné úrovně, proveďte specifikaci místa výkonu – úroveň): | |  | | |
| **Lokalizace výkonu označena:**  ANO  NE    **Důvod neoznačení:**  zdravotní stav pacienta neumožňuje prodlevu péče potřebnou k označení  pacient s označením nesouhlasí | | | |  |

nebo

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Stranový verifikační protokol** (vyplňuje lékař) | | |  |
| **Ověření lokalizace výkonu:** | Část těla | | Strana |
| Ověření dle ambulantní karty | ANO  NE | | Pravá  Levá  Jiné\* |
| Ověření dle chorobopisu | ANO  NE | | Pravá  Levá  Jiné\* |
| Ověření dle zobrazovacích metod | RTG  UZ  CT  Jiné: | | Pravá  Levá  Jiné\* |
| Závěr – orgán/část těla (\*v případě zaměnitelné úrovně, proveďte specifikaci místa výkonu – úroveň): | |  | |
| **Lokalizace výkonu označena:**  ANO  NE    **Důvod neoznačení:**  u ORL výkonů prováděných transorálně, včetně výkonů endoskopických, s výjimkou endoskopických operací v nose a vedlejších nosních dutinách  u stomatologických výkonů, s výjimkou maxilofaciálních výkonů  zdravotní stav pacienta neumožňuje prodlevu péče potřebnou k označení  pacient s označením nesouhlasí | | |  |

**Souhlas:**

|  |
| --- |
| ***pozn. Vaši odpověď zakroužkujte:*** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Byl(a) jsem srozumitelně informován(a) o alternativách výkonu 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. | ANO | NE |
| Byl(a) jsem informován(a) o léčebném režimu a preventivních opatřeních, která jsou vhodná, o provedení kontrolních zdravotních výkonů. | ANO | NE |
| *Pokud se o zdravotnický prostředek nejedná, neuvádět tento odstavec*  Byl(a) jsem informován(a) o zdravotnickém prostředku, který mi bude implantován, včetně jeho příslušenství, spolu s pokyny týkajícími se mé bezpečnosti a mého chování, včetně toho, kdy mám vyhledat lékaře a kterým vlivům prostředí bych se neměl(a) vystavovat vůbec nebo jen při dodržování vhodných preventivních opatření. | 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 sdělil(a) všechny mně známé údaje o mém zdravotním stavu, které 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 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Datum | Hodina | **Podpis pacienta** nebo zákonného zástupce (opatrovníka) |
|  |  |  |

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

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