



## INFORMOVANÝ SOUHLAS SE ZÁKROKEM u zletilého a způsobilého pacienta

Informovaný souhlas s:	Ambulantní injekční aplikace Penicilinu, Retarpenu		
Pacient(ka) – jméno a příjmení:		Rodné číslo (číslo pojištění):	
Datum narození: (není-li rodné číslo)		Kód zdravotní pojišťovny:	
Adresa trvalého pobytu pacienta: (případně jiná adresa)			

### Informující lékař:

Zdravotní výkon:	Ambulantní injekční aplikace Penicilinu, Pendeponu
1)	Lékařem Vám byla doporučena injekční léčba antibiotiky - Procain penicilínem. Léčivo je aplikováno injekčně do hýždového svalu. Komplikací intramuskulární injekce může být bolestivost v místě vpichu, hematom, zánět nebo absces. Před léčbou jste potvrdil, že nejste alergický na podávané léčivo ani na žádnou jeho součást. Nově vzniklá alergie na penicilínová antibiotika se projevuje nejčastěji svěděním, vyrážkou, otokem v obličeji nebo na rukou, polykacími a dýchacími obtížemi. Nejzávažnější komplikací této léčby je rychlá alergická reakce (anafylaktický šok), který vyžaduje neodkladnou lékařskou péči.
2)	Alternativou této léčby je podání antibiotik nitrožilně za hospitalizace nebo ústy ve formě tablet. Užíváním ve formě tablet není vhodné při potížích s trávením. Některé nemoci mají speciálně doporučení podání.
3)	Z důvodu možné alergické reakce je nutné setrvat pod zdravotnickým dohledem 30 minut po aplikaci injekce. Údaje o možném omezení v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti po poskytnutí příslušných zdravotních služeb, lze-li takové omezení předpokládat, a v případě změny zdravotního stavu též údaje o změnách zdravotní způsobilosti,
4)	Všechny nově vzniklé obtíže nebo změněnou interní léčbu hláste lékaři nebo sestře před aplikací injekce Údaje o léčebném režimu a preventivních opatřeních, která jsou vhodná, a o poskytnutí dalších zdravotních služeb

Pacient potvrzuje a svým podpisem stvrzuje, že poučení mu bylo výše uvedeným lékařem osobně, srozumitelně, ústně a v dostatečném rozsahu vysvětleno, že měl čas a možnost je uvážit, porozuměl mu a měl i možnost klást doplňující otázky, které se vztahují k jeho zdravotnímu stavu a navrhovaným zdravotním službám a tyto mu byly srozumitelně a v dostatečném rozsahu zodpovězeny a že již dříve byl seznámen se svým zdravotním stavem.

Pacient rovněž potvrzuje a svým podpisem stvrzuje, že mu byl vysvětlen důvod, předpokládaný prospěch, možná rizika komplikace výkonu, byly mu také vysvětleny možné alternativy výkonu a zdravotní důsledky jeho nepodstoupení a nemá žádné nejasnosti.

Pacient dále potvrzuje a svým podpisem stvrzuje, že souhlasí s navrhovanou péčí a s provedením výkonu a že mu rovněž bylo vysvětleno, že v případě výskytu neočekávaných komplikací vyžadujících neodkladné provedení dalších výkonů nutných k záchraně života nebo zdraví, budou tyto výkony provedeny.

Místo podpisu:

Datum a čas:

Podpis lékaře:

Podpis pacienta:

**Varianta pro případ pacienta, který se nemůže podepsat nebo se odmítá podepsat:**

Pacient odmítl podepsat informovaný souhlas. / Pacient se nemůže podepsat z důvodu, že:  
(*například: schopnost jemných pohybů ruky a pevného ovládní prstů jsou viditelně podstatně omezeny*)

Pacient projevil svůj souhlas tak, že:  
(*například: ústně potvrdil všechna jednotlivá prohlášení*)

Místo podpisu:

Datum a čas:

Podpis lékaře:

Jméno svědka:  
(není-li svědek pracovníkem zdravotnického zařízení, uveďte se adresa a datum narození svědka)

Podpis svědka: