

## INFORMOVANÝ SOUHLAS S POSKYTNUTÍM ZDRAVOTNÍ PÉČE

Vážená paní, vážený pane,  
na základě zhodnocení Vašeho zdravotního stavu je Vám doporučen níže uvedený léčebný postup.  
Účelem tohoto záznamu je informovat Vás o povaze, účelu a průběhu provádění doporučeného léčebného postupu a poskytnout Vám další informace nutné k Vašemu svobodnému a informovanému rozhodnutí, zda k provedení navrženého léčebného postupu udělíte souhlas.

### Informace o pacientovi:

Pacient: \_\_\_\_\_  
*Jméno, příjmení, datum narození*

Zákonný zástupce (zákonní zástupci): \_\_\_\_\_  
*Jméno, příjmení, datum narození, bydliště, vztah k pacientovi, způsob prokázání zákonného zastoupení*

Účel, povaha, předpokládaný přínos, možné důsledky a rizika navrhovaných zdravotních služeb včetně jednotlivých zdravotních výkonů:

### ARTROGRAFIE

#### **Účel, povaha, předpokládaný prospěch, následky a možná rizika plánovaného zdravotního výkonu:**

Účelem je získání dokonalejšího zobrazení a detekce některých patologických stavů, které je obtížné nativně - tedy bez aplikace směsi kontrastní látky do kloubní dutiny diagnostikovat. Rizikem je infekce místa vpichu a případně kloubu v případě nedodržení aseptických podmínek aplikace

#### **Alternativa plánovaného výkonu, možnost zvolit si jednu z alternativ:**

Artrioskopie, nativní MR vyšetření příslušného kloubu bez aplikace kontrastní látky (týká se pouze některých patologických nálezů). Možnost použít alternativní cesty ke stanovení diagnózy je vysoce individuální a závisí na indikujícím lékaři.

#### **Možnost omezení v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti po provedení příslušného zdravotního výkonu a případné změny zdravotní způsobilosti:**

Mírná bolestivost do doby vstřebání aplikované směsi k.l., která je individuální.  
Neomezuje pacienta v běžném životě.

### PROHLÁŠENÍ:

Prohlašuji, že jsem byl poučen svobodně se rozhodnout o postupu při poskytování zdravotních služeb, pokud právní předpisy toto právo nevylučují a podání informace se nevzdávám.  
Dále prohlašuji, že jsem shora uvedenému poučení plně porozuměl/a, nemám doplňující dotazy a

### SOUHLASÍM – NESOUHLASÍM

s provedením navrženého a popsání léčebného postupu a jednotlivými zdravotními výkony.  
Zároveň jsem poučen/a o tom, že mohu udělený souhlas odvolat.  
Současně prohlašuji, že v případě výskytu neočekávaných komplikací, vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků nutných k záchraně mého života nebo zdraví souhlasím s tím, aby byly provedeny veškeré další potřebné a neodkladné zdravotní výkony nutné k záchraně mého života nebo zdraví, nepůjde-li o výkony, s nimiž výslovně nebudu souhlasit a o nichž sepíši negativní reverz.

Nezletilý pacient (pacient zbavený způsobilosti k právním úkonům) k poskytnutí zdravotní služby vyslovil svůj názor .....(vyplní lékař).  
Názor nezletilého pacienta (pacienta zbaveného způsobilosti k právním úkonům) k poskytnutí zdravotní služby nemohl být zjištěn z důvodu .....(vyplní lékař).

Ve Zlíně dne..... hodina.....

**Vlastnoruční podpis pacienta (případně zákonného zástupce /zákonných zástupců/)**

Titul, jméno, příjmení a podpis lékaře, který poučení provedl

Titul, jméno, příjmení a podpis dalšího zdravotnického pracovníka v případě, že pacient nemůže s ohledem na svůj zdravotní stav záznam o informovaném souhlasu podepsat, včetně důvodů a způsobu, jakým pacient projevil svou vůli a důvodů bránících pacientovi ve vyjádření své vůle požadovaným způsobem.

**Vezměte, prosím, tento tiskopis s sebou ke zdravotnímu výkonu spolu s dokumentací.**