

Informovaný souhlas pacientky s výkonem

Užívání léčivého přípravku s obsahem valproátu

Vážená paní,

vzhledem k tomu, že jako svéprávný jedinec se podílíte významným způsobem na diagnostickém a léčebném postupu navrženém u Vaší osoby, máte nezadatelné právo být před Vaším rozhodnutím o těchto postupech podrobně informována.

Na základě Vašeho aktuálního zdravotního stavu Vám bylo lékařem doporučeno užívání léčivého přípravku s obsahem valproátu.

A. Kontrolní seznam pro lékaře

Jméno pacientky:

- Potvrzuji, že u výše uvedené pacientky je jiná léčba neúčinná nebo není tolerována a je nutné pacientku léčit léčivým přípravkem s obsahem valproátu.

S pacientkou nebo jejím zákonným zástupcem jsem prodiskutoval(a):

- Riziko, že u přibližně 10 % dětí pacientek, které užívaly léčivý přípravek s obsahem valproátu v těhotenství se vyskytne vrozená vývojová vada a až u 30–40 % dětí problémy s vývojem v raném dětství.
- Je třeba užívat co nejnižší možnou účinnou dávku.
- U žen v plodném věku je třeba používat spolehlivou antikoncepci.
- Nutnost pravidelných kontrol léčby.
- Nutnost ihned se obrátit na lékaře v případě, že pacientka plánuje těhotenství, zjistí-li nebo předpokládá, že by mohla být těhotná.
- Pacientka nebo její zákonný zástupce obdrželi Informační leták pro pacientky.

B. Pacientka/zákonný zástupce

Já, níže podepsaná(-ný) rozumím:

- proč je pro mě léčba léčebným přípravkem s obsahem valproátu, místo jiného antiepileptika, nezbytná,
- že pokud je léčebný přípravek s obsahem valproátu užíván v průběhu těhotenství, u přibližně 10 % dětí se vyskytne vrozená vývojová vada, a že až 30–40 % dětí v předškolním věku, jejichž matky užívaly léčebný přípravek s obsahem valproátu během těhotenství, mělo problémy s vývojem v raném dětství,
- nutnosti používat spolehlivou antikoncepci,
- potřebě pravidelných kontrol své léčby,
- nutnosti ihned se obrátit na lékaře před případným plánováním těhotenství a v případě nově zjištěného nebo předpokládaného těhotenství.

Identifikační údaje pacienta(tky):

Příjmení:		Jméno:		Titul:		RČ:	
-----------	--	--------	--	--------	--	-----	--

Identifikační údaje zákonného zástupce, opatrovníka:

Příjmení:		Jméno:		Titul:		RČ:	
-----------	--	--------	--	--------	--	-----	--

Plánovaný výkon:

Užívání léčivého přípravku s obsahem valproátu

Vysvětlující pohovor provedl:

--

identifikace a podpis lékaře

Prohlašuji, že mi byl náležitě objasněn důvod, předpokládaný prospěch, způsob provedení, následky i možná rizika a komplikace plánovaného výkonu. Dále mi byly vysvětleny možné alternativy včetně jejich komplikací a zdravotní důsledky vyplývající z nepodstoupení plánovaného výkonu. Měla jsem možnost zeptat se lékaře na všechno, co mě ve vztahu k plánovanému výkonu zajímá a obdržela jsem vysvětlení, kterému jsem porozuměla. S provedením výše uvedeného výkonu souhlasím.

Dále prohlašuji, že jsem pravdivě informovala ošetřujícího lékaře o dosavadním vývoji zdravotního stavu, včetně informací o infekčních nemocech, o zdravotních službách poskytovaných jinými poskytovateli, o užívání léčivých přípravků, včetně užívání návykových látek, a dalších skutečnostech podstatných pro poskytování zdravotních služeb a nezatajila jsem žádné okolnosti svého zdravotního stavu, které jsou překážkou v provedení výkonu či mohou být v jakékoli souvislosti se vznikem komplikací.

Bylo mi podáno vysvětlení, že v případě výskytu neočekávaných komplikací vyžadujících neodkladné provedení dalších výkonů nutných k záchraně mého života nebo zdraví, budou tyto výkony provedeny.

V Ostravě dne:

.....
podpis pacienta(tky), zákonného zástupce,
opatrovníka