

## INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTA

s provedením vyšetření

EEG S FOTOSTIMULACÍ

identifikační štítek  
pacienta

Pacient:

### Druh výkonu: EEG s fotostimulací

Informace pro pacienta/pacientku:

Vážená pacientko, paciente,

bylo Vám navrženo provedení výše uvedeného vyšetření. Před vlastním vyšetřením s Vámi lékař/ka hovořil/a o účelu jeho provedení a seznámil/a Vás s možnými riziky , abyste se mohl/a rozhodnout a dát k provedení vyšetření svůj souhlas.

**Účel, povaha, předpokládaný přínos zdravotního výkonu nebo služby:**

***Během vyšetření EEG budete vystaven/a světelným zábleskům o různé frekvenci blikání světla.***

***Tato metoda má diagnostický význam při vyšetřování pacientů s poruchami vědomí (diferenciální diagnostika epileptických a neepileptických záchvatů a určení typů epilepsie pro vedení adekvátní léčby)***

**Možná rizika spojená s vyšetřením EEG při fotostimulaci:**

***U některých disponovaných osob může zvýšit riziko provokace svalových záškubů nebo vyvolat epileptický záchvat.***

**Informace, zda existuje jiná alternativa či více alternativ:**

***Neexistuje***

**Informace o možném omezení v obvyklém způsobu života, v pracovní schopnosti, zdravotní způsobilosti, po poskytnutí zdravotní služby nebo provedení zdravotního výkonu**

***Není, metoda neomezuje .***

**Informace o léčebném režimu, preventivních opatřeních, která jsou vhodná, případně o potřebě poskytnutí dalších zdravotních služeb:**

***Nejsou, metoda neomezuje.***

**Prohlašuji,**

- že jsem byl/a poučen/a o svém právu klást otázky a svobodně se rozhodnout, zda s navrženou zdravotní službou či zdravotním výkonem souhlasím či nikoli,

- že jsem lékařům nezamlčel/a žádné mně známé informace o mém zdravotním stavu, které by mohly nepříznivě ovlivnit moji léčbu nebo ohrozit mé okolí, zejména rozšířením přenosné choroby,

- že jsem byl/a informován/a, že svůj souhlas s poskytnutím zdravotních služeb mohu odvolat. Byl/a jsem rovněž poučen/a, že odvolání není účinné, pokud již bylo započato provádění výkonu, jehož přerušení může způsobit vážné poškození mého zdraví nebo ohrožení mého života,

- že podaným informacím rozumím, nemám žádné další otázky, ani nejasnosti, a **vyslovuji svůj svobodný informovaný souhlas** s uvedenými zdravotními službami a výkony. Současně vyslovuji souhlas s tím, aby byly provedeny i další zde neuvedené zákroky, výkony a poskytnuty další zdravotní služby, bude-li to potřebné pro ochranu mého života a zdraví a nebude-li možné vyžádat si další dodatečný informovaný souhlas. Beru na vědomí, že provedením zákroku, byť na náležité odborné úrovni, nemusí být dosaženo předpokládaného výsledku.

Podpis pacienta/pacientky (zákonného zástupce):.....

Poznámky lékaře k rozhovoru s pacientem/pacientkou:.....

Podpis lékaře:.....datum:.....