

POSKYTOVATEĽ ZS (vyplniť).....

Poučenie a písomný informovaný súhlas pacienta

podľa § 6 zákona č. 576/2004 Z. z.

Meno a priezvisko osoby, ktorej sa má poskytnúť zdravotná starostlivosť:

.....rodné číslo:

bydlisko (ulica, č. domu, miesto, PSČ):

.....

tel. č. /e-mail (pre prípad potreby predvolania na dovyšetrenie):

Novovzniknuté ťažnosti, prípadne prejavy ochorenia a iné anamnestické údaje

.....

.....

Navrhovaný (plánovaný) diagnosticko-liečebný výkon:

Podanie protilátky bamlanivimab je v jednej dávke. Liečba protilátkami proti bielkovine vírusu SARS-CoV-2 preukázala v klinických štúdiách prínos v liečbe ľahkého až stredne ťažkého ochorenia COVID-19. Cieľom liečby je zabrániť úmrtiu alebo hospitalizácii. V klinických štúdiách bol prínos potvrdený u pacientov, ktorí nevyžadovali liečbu kyslíkom (O₂). Monoklonálne protilátky môžu byť spojené s horšími výsledkami ak sa podávajú pacientom s ochorením COVID-19 vyžadujúcim mechanickú ventiláciu alebo podávanie O₂ s vysokým prietokom.

Po podaní infúzie sa môžu vyskytnúť príznaky ako horúčka, hypoxia, dyspnoe, arytmie (napr. fibrilácia predsiení, sínusová tachykardia, bradykardia), únava, zmenený stav vedomia. Nie je možné spoľahlivo rozlíšiť, či sa jedná o nežiaduce účinky spojené s podaním lieku alebo sú uvedené príznaky v dôsledku progresie ochorenia COVID-19. Bamlanivimab môže vyvolať závažnú alergickú reakciu.

Bamlanivimab je podávaný na základe povolenia Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky podľa § 46 ods. 3 a odst 4 zákona č. 362/2011 Z.z. na terapeutické použitie neregistrovaného lieku v liečba mierneho a stredne ťažkého ochorenia COVID-19.

Dolu podpísaný/á

potvrdzujem svojím podpisom že som bol/a informovaný/á o povahe navrhovaného diagnostického výkonu, ktorý absolvujem za účelom prevencie, ako aj o jeho možných následkoch a rizikách (nežiaduce účinky aplikovanej vakcíny sú zverejnené v tzv. Písomnej informácii pre používateľa, ktorú je možné nájsť na stránke www.health.gov.sk a v priestoroch pracoviska(doplňte očkovačie miesto).

Bol/a som tiež poučený/á o možnostiach voľby navrhovaných výkonov a o rizikách ich odmietnutia. Poučenie mi bolo poskytnuté zrozumiteľne, ohľaduplne, bez nátlaku, s možnosťou a dostatočným časom slobodne sa rozhodnúť. Poučeniu som porozumel/a.

Svojím podpisom potvrdzujem, že s navrhovaným diagnostickými výkonmi súhlasím – nesúhlasím.*
Tento súhlas dávam pri plnom vedomí, slobodne a vážne.

Pokiaľ by vyššie uvedené navrhované preventívne diagnosticko-liečebné výkony nebolo z kapacitných dôvodov možné vykonať na(doplniť očkovacie miesto) bezodkladne, vyhlasujem, že napriek možnosti podstúpiť vyššie uvedené výkony v iných zdravotníckych zariadeniach, na vykonaní predmetného výkonu na.....(doplniť očkovacie miesto) trvám a som pripravený/á vyčkať až do termínu, na ktorý som objednaný/á.

Vdňačas

.....

podpis a odtlačok pečiatky lekára podpis osoby, ktorej sa poskytuje

zdravotná starostlivosť

(prípadne jej zákonného zástupcu)

* nehodiace preškrtnúť