

POSKYTOVATEĽ ZS (vyplniť).....

Poučenie a písomný informovaný súhlas pacienta podľa § 6 zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov

Meno a priezvisko osoby, ktorej sa má poskytnúť zdravotná starostlivosť	
Rodné číslo	
Bydlisko (ulica, č. domu, mesto, PSČ)	
Telefónne číslo / e-mail (pre prípad potreby predvolania na dovyšetrenie)	

Novovzniknuté ťažnosti, prípadne prejavy ochorenia a iné anamnestické údaje:

.....
.....

Navrhovaný (plánovaný) diagnosticko-liečebný výkon:

Paxlovid 150 mg + 100 mg obsahuje účinné látky PF-07321332 a ritonavir. Ide o antivirotikum používané na liečbu mierneho až stredne ťažkého priebehu ochorenia COVID-19 spôsobeného vírusom SARS-CoV-2 u dospelých pacientov, u ktorých existuje riziko závažného priebehu ochorenia COVID-19. Je určený na perorálne použitie.

Liečba Paxlovidom 150 mg + 100 mg preukázala v klinických štúdiách prínos v liečbe ľahkého až stredne ťažkého ochorenia COVID-19. Cieľom liečby je zabrániť hospitalizácii. V súvislosti s podávaním lieku Paxlovid 150 mg + 100 mg sa môžu vyskytnúť nežiaduce prejavy a reakcie ako hnačka, vracanie, bolesti hlavy a zmenené vnímanie chuti, avšak môžu sa vyskytnúť aj iné, ktoré neboli doteraz zaznamenané a popísané.

Liek Paxlovid 150 mg + 100 mg môžu vyvolať závažnú alergickú reakciu.

Liek nie je vhodný pre tehotné ženy.

¹nehodiace sa preškrtnúť

Dolu podpísaný/ápotvrdzujem svojím podpisom, že som bol/a informovaný/á o povahe navrhovaného diagnostického výkonu, ktorý absolvujem za účelom liečby, ako aj o jeho možných následkoch a rizikách (nežiaduce účinky lieku sú zverejnené v tzv. Písomnej informácii pre používateľa, ktorú je možné nájsť na stránke www.sukl.sk, v lekárni alebo u svojho všeobecného lekára.

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.

Taktiež potvrdzujem, že som bol/a informovaný/á o možných kontraindikáciách v súvislosti s podaním lieku.

Svojím podpisom potvrdzujem, že s navrhovaným liečebným postupom SÚHLASÍM – NESÚHLASÍM.¹

Tento súhlas dávam pri plnom vedomí, slobodne a vážne.

V dňa čas

.....
podpis a otláčok pečiatky lekára

.....
podpis osoby, ktorej sa poskytuje
zdravotná starostlivosť