

Informovaný souhlas pacienta (zákonného zástupce)

s léčebným postupem podle § 34 a § 35 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů

neinvazivní antigenní test z dutiny ústní pro vyšetření na COVID- 19 (v případě positivity neinvazivní PCR test)

Zákonný zástupce (rodič):.....

Příjmení a jméno pacienta (dítě):

Rodné číslo dítěte:

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

Zdravotní výkon se provádí za účelem diagnostiky vysoce nakažlivé nemoci COVID-19 způsobené koronavirem SARS-CoV-2.

Vyšetření bude probíhat takto:

Před výkonem: Minimálně 2 hodiny před výkonem pacient/klient nepoužil žádné nosní kapky, spray nebo jiné přípravky aplikované do nosu. Pacient/klient je informován o nezbytné spolupráci při zasunování odběrové štětičky do dutiny ústní a je poučen o nutnosti ponechání hlavy v jedné fixované poloze.

Průběh vyšetření: Vyšetření bude prováděno odběrem z horního patra dutiny ústní, nikoliv odběrem z nosohltanu, neinvazivní metodou.

Omezení a doporučení ve způsobu života s ohledem na zdravotní stav a případné změny zdravotní způsobilosti po provedení uvedeného zdravotního výkonu:

Žádná omezení nejsou nutná, vyjma protiepidemických opatření souvisejících s vysoce nakažlivou nemocí Covid-19.

- v případě positivity dítěte na antigenním testu bude odebrán PCR žvýkáč metodou a následně předán do laboratoře k vyhodnocení

*** Odpovědi na doplňující otázky pacienta:**

Pacient byl dále poučen a souhlasí s tím, že vyhodnocení stěru PCR a antigenního testu může provést v rámci návaznosti dalších zdravotnických služeb jiný poskytovatel zdravotních služeb s oprávněním k provozování laboratoře v oblasti lékařské genetiky

Prohlášení zdravotnického pracovníka:

Prohlašuji, že jsem výše uvedeného pacienta (zákonného zástupce) srozumitelným způsobem informoval o neinvazivním způsobu výtěru z dutiny ústní.

V, dne

jméno a podpis zdravotnického pracovníka

Souhlas pacienta

Já, níže podepsaný/á prohlašuji, že jsem byl/a zdravotnickým pracovníkem srozumitelně informován/a o účelu, povaze a průběhu výkonu neinvazivního způsobu výtěru z dutiny ústní. Měl/a jsem možnost klást zdravotnickému pracovníku doplňující otázky* a mé dotazy byly zodpovězeny. Na základě poskytnutých informací a po vlastním zvážení uděluji svůj souhlas s provedením výkonu.

V, dne

Podpis pacienta:

**SOUHLAS PACIENTA
s nahlížením do zdravotnické dokumentace
ohledně výsledků testů na koronavirus**

Příjmení a jméno pacienta:
Rodné číslo:
Adresa bydliště:
Mobilní telefon (rodič):
Pojišťovna

Máte nějaké příznaky: **Ano** **Jaké:**..... **Od kdy:**.....
Ne

Zákonný zástupce tímto uděluje souhlas s tím, aby do zdravotnické dokumentace vedené o pacientovi poskytovatelem zdravotních služeb společností

1. **PRONATAL s.r.o.**, IČ 04614283, se sídlem Antala Staška 1670/80, Krč, 140 00 Praha 4,
2. **SPADIA LAB, a.s.**, IČ 28574907, se sídlem Frenštát pod Radhoštěm, Rožnovská 241,
3. **GHC GENETICS, s.r.o.**, IČ 28188535, se sídlem Praha 1, Krakovská 8/581,

nahlížela níže uvedená osoba, a to v nezbytném rozsahu pro předání výsledků testů na výskyt viru SARS-CoV-2 (dále jen „koronavirus“).

Tento souhlas zákonný zástupce uděluje škole:

Jméno / název:
IČ:
Se sídlem:

(dále jen „zaměstnavatel“)

a to **výhradně za účelem předávání výsledků testů na koronavirus**, které dítě (žák) podstoupilo u společnosti PRONATAL.

Školské zařízení je oprávněno nahlížet do zdravotnické dokumentace vedené o pacientovi ve výše uvedeném rozsahu sdělování výsledků pozitivní/negativní.

Tento souhlas se uděluje ve smyslu ust. § 65 odst. 1 písm. b) zák. č. 372/2011 Sb., zákon o zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů.

V Praze dne podpis zákonného zástupce (rodič) :.....