

Příloha č. 1

Deklarace práv pacientů s bolestí

1. Právo na uznání bolesti: bolest je vlastní zkušenost pacienta a je různými pacienty prožívána různě.
2. Právo na hodnocení a léčbu bolesti: pacienti a jejich rodiny hrají klíčovou roli a jsou součástí zdravotnického týmu, který o pacienta pečuje a snaží se stanovovat realistické cíle pro léčbu bolesti.
3. Právo na výsledky hodnocení bolesti; na jejich základě přizpůsobovat terapii k dosažení efektivní úlevy od bolesti.
4. Právo na péči poskytovanou profesionály s odbornými znalostmi a zkušenostmi v léčbě bolesti (především algeziologové). Jestliže odborník není k dispozici, měl by být pacient o této skutečnosti vhodně informován.
5. Právo na vhodnou a efektivní strategii léčby bolesti. Tento bod musí být podporován také politicky a postupy musí být odpovídající pro používání zdravotnickými profesionály.
6. Právo na vzdělávání v oblasti efektivních léčebných možností v každém konkrétním případě. To platí i pro rodinné příslušníky.
7. Právo na vhodný plán léčby bolesti po vyčerpání možností akutní neodkladné péče.

Převzato z: Rokyta, R. *Bolest a jak s ní zacházet*, Grada 2009, s. 39

Příloha č. 2

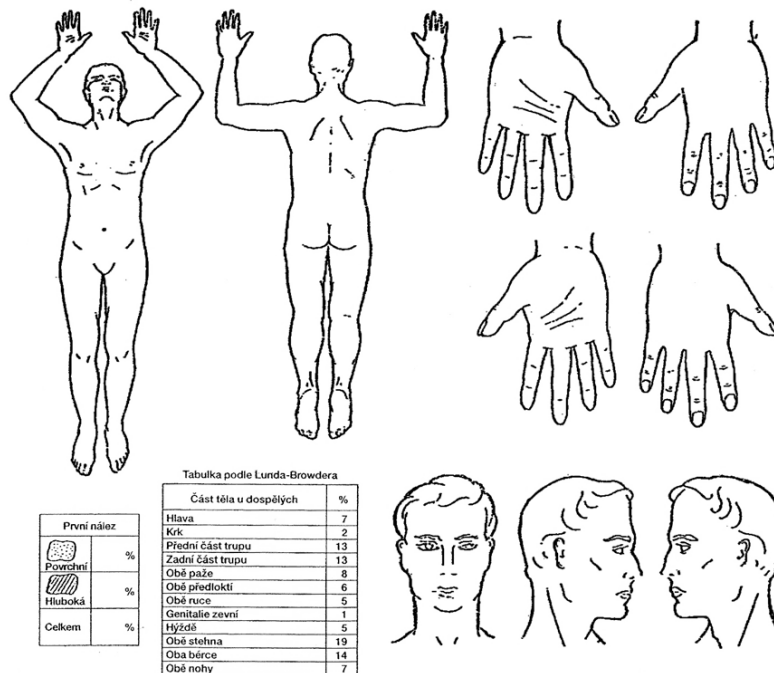
Diagnostika hloubky popálení

Stupeň	Anatomická struktura	Klinický projev	Hojení	Možné komplikace
I.	epidermis	zarudnutí, bolest	spontánní regenerace v řádu několika dnů	bez komplikací
II.a	epidermis a stratum papilare dermis	buly s čirým obsahem, vlhká, růžová spodina, kapilární návrat do 3 sekund, intenzivní bolest	spontánní, 1–2 týdny, většinou bez jizvy	infekce, konverze na II.b stupeň
II.b	epidermis, stratum papilare dermis a stratum reticulare dermis	červená až bílá barva, často povleklá, kapilární návrat zpomalen (≥ 3 sekundy), menší bolest, hluboké čítí zachováno	nutná léčba, 3–4 týdny, jizva	infekce, hypertrofické jizvení a kontraktura, konverze na III. stupeň
III.	celá tloušťka kůže	tuhá, bílo-hnědá nebo karmínově červená barva, mírná nebo žádná bolest	nutná léčba, týdny–měsíce, jizva	infekce, hypertrofické jizvení, kontraktura

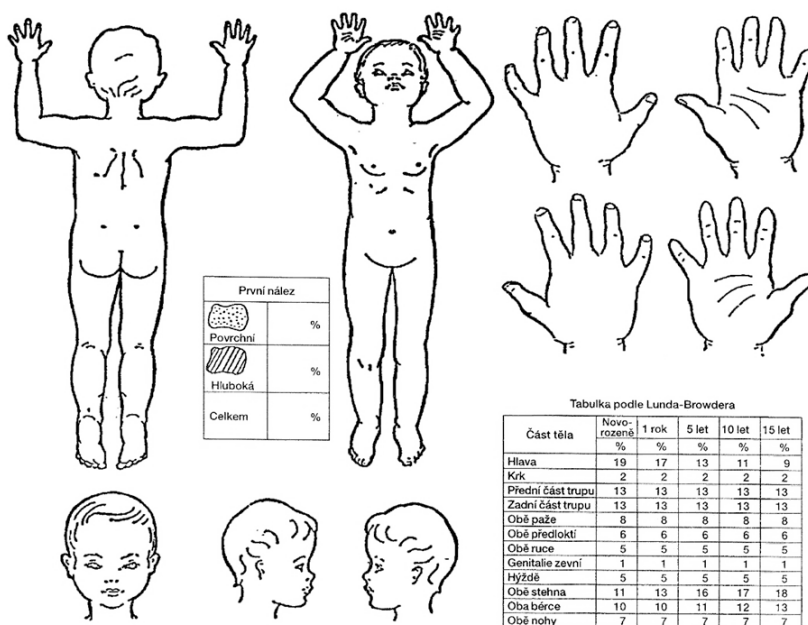
Převzato z: Zajíček, R. *Zhodnocení a zajištění pacientů s termickým úrazem na chirurgickém pracovišti*, Rozhledy v chirurgii 2019, s. 196

Příloha č. 3

Schéma dle Lunda a Browdera – dospělý a dítě



Zdroj: https://www.wikiskripta.eu/w/Rozsah_posti%C5%BEn%C3%AD_pop%C3%A1leninou#/media/File:Lund-Browder-adult.png



Zdroj: https://www.wikiskripta.eu/w/Rozsah_posti%C5%BEn%C3%AD_pop%C3%A1leninou#/media/File:Lund-Browder-child.png

Příloha č. 4*Odhad rozsahu postižení podle věkových kategorií (tabulka dle Lunda a Browdera)*

	novorozenec	1 rok	5 let	10 let	15 let	> 18 let
Hlava	19 %	17 %	13 %	11 %	9 %	7 %
Krk	2 %	2 %	2 %	2 %	2 %	2 %
Přední část trupu	13 %	13 %	13 %	13 %	13 %	13 %
Zadní část trupu	13 %	13 %	13 %	13 %	13 %	13 %
Obě paže	8 %	8 %	8 %	8 %	8 %	8 %
Obě předloktí	6 %	6 %	6 %	6 %	6 %	6 %
Obě ruce	5 %	5 %	5 %	5 %	5 %	5 %
Genitál	1 %	1 %	1 %	1 %	1 %	1 %
Hýždě	5 %	5 %	5 %	5 %	5 %	5 %
Obě stehna	11 %	13 %	16 %	17 %	18 %	19 %
Oba bérce	10 %	10 %	11 %	12 %	13 %	14 %
Obě nohy	7 %	7 %	7 %	7 %	7 %	7 %

Převzato z: Brychta, P. *Doporučený postup nemocniční péče o termický úraz*, Urgentní medicína 2017, s. 34

Příloha č. 5

Souhlas s provedením výzkumu ve Fakultní nemocnici Královské Vinohrady v Praze



UNIVERZITA KARLOVA
I. lékařská fakulta

Vážená pani
PhDr. Libuše Gavlasová, MBA
Náměstkyně pro ošetrovatelskou péči
a řízení kvality zdravotní péče
Fakultní nemocnice Královské Vinohrady
Šrobárova 1150/50, 100 34 Praha 10

V Praze, 25. 10. 2019

Žádost o povolení výzkumného šetření na Klinice popáleninové medicíny FNKV

Vážená doktorko Gavlasová,

dovoluji si Vás požádat o povolení výzkumného šetření na Klinice popáleninové medicíny, jež by mělo být součástí mé závěrečné diplomové práce v magisterském studijním programu Intenzivní péče na I. lékařské fakultě Univerzity Karlovy.

Cílem této práce je zjistit jaké faktory pomáhají pacientům s termickým traumatem v ulevování od bolesti s důrazem na nefarmakologické způsoby tlumení bolesti. Význam práce spočívá v případné implementaci výsledků – tedy posílením oblastí, které mají efekt pro tamní dlouhodobě hospitalizované pacienty – poskytnutých vedoucím pracovníkům kliniky.

Výzkumné šetření bude provedeno formou dotazníkového šetření v době od listopadu 2019 do března 2020.

Závěrečná práce je zpracována pod odborným vedením MUDr. Šimona Kozáka z Kliniky anesteziologie a resuscitace FNKV.

Prosím o sdělení Vašeho rozhodnutí.


S pozdravem


Lara Dina Aloisdóttir

Vyjádření vedení instituce:

- Souhlasím
 Nesouhlasím

Datum:


Podpis a razítko

1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy
Kateřinská 32, 121 08 Praha 2
Tel.: 224 961 111
IČ: 00216208
DIČ: CZ00216208




Příloha č. 6

Souhlas s provedením výzkumu ve Fakultní nemocnici Brno



FAKULTNÍ NEMOCNICE BRNO
Jihlavská 20, 625 00 Brno
tel: 532 231 111

ODBOR ORGANIZAČNÍCH, PRÁVNÍCH
VĚCÍ A PERSONALISTIKY (OOPVP)
Vedoucí útvaru: _____
tel.: 532 232 108, fax: 532 232 293
e-mail: _____

ŽÁDOST O SBĚR DAT/POSKYTNUTÍ INFORMACE PRO STUDIJNÍ ÚČELY v souvislosti se závěrečnou diplomovou (odbornou) prací studentů škol

Vyplňuje žadatel:

Jméno a příjmení žadatele: *Lara Dina Aloisdóttir*

Datum narození: _____

Telefon: _____

E-mail: _____

Adresa trvalého bydliště: _____

Přesný název školy/fakulty: *1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy*

Obor studia: *Intenzivní péče*

Forma studia:

prezenční

kombinovaná

Téma závěrečné práce: *Bolest termicky traumatizovaných*

Účel žádosti:

sběr dat/zjišťování informací pro zpracování diplomové/bakalářské práce

sběr dat/zjišťování informací pro zpracování seminární/odborné práce

sběr dat/zjišťování informací pro jiný účel: (uveďte):

Žadatel je zaměstnancem/rodinným příslušníkem zaměstnance FN Brno:

ANO Pracoviště/Jméno zaměstnance FN Brno: NE

(informace slouží k posouzení žádosti v případě dotazníkové akce – benefit pro zaměstnance FN Brno a rodinné příslušníky)

Požadavek na (zaškrtněte):

V případě, že žadatel potřebuje získat informaci o počtech vyšetření/ošetření a **předem má souhlas konkrétního pracoviště**, že tato data mu budou poskytnuta vedením tohoto pracoviště bez nutnosti jeho nahlížení do zdravotnické dokumentace pacientů, vyplní oddíl „Ostatní – statistická data“. Jinak vyplní oddíl „Nahlížení do zdr. dokumentace“.

Dotazníková akce

pro pacienty FN Brno pro zaměstnance FN Brno

Počet respondentů, kteří budou vyplňovat dotazník: *cca 20*

Termín, kdy proběhne vyplnění dotazníků: od: *prosinec* do: *březen (2 × 1 den)*

Pracoviště, kde bude dotazníková akce probíhat: *Klinika popálenin a plastické chirurgie*

K vyplněné žádosti je nutno doložit vzor vašeho dotazníku!

Nahlížení do zdravotnické dokumentace

Předpokládaný počet kusů zdravotnické dokumentace, do které bude žadatel nahlížet: *20*

Termín, ve kterém bude žadatel nahlížet do zdravotnické dokumentace: od *prosinec 2019* do *březen 2020 (2 × 1 den)*

Pracoviště, ze kterého/kterých bude zdravotnická dokumentace pacientů: *Klinika popálenin a plastické chirurgie*

Přesná specifikace, co bude žadatel vyhledávat ve zdravotnické dokumentaci: *etiologie úrazu, rozsahu (% TBSA), hloubka – stupeň, délka hospitalizace, počet výkonů na operačním sále, užívání psychoaktivních látek (ano – ne)*

Ostatní

kazuistika – počet:

vedení rozhovoru s pacientem FN Brno – počet pacientů: z kterého pracoviště:

vedení rozhovoru se zaměstnancem FN Brno – počet zaměstnanců: povolání:
z kterého pracoviště:

K vyplněné žádosti je nutno doložit vzor rozhovoru (orientační okruh otázek)!

5-292/18/7

statistická data – informace o počtech např. zdravotnických výkonů, vyšetření, určité agendy (např. porodnost), přístrojích
 jiné (specifikujte):
Za které období budou data zjišťována:
Kdy proběhne sběr dat žadatelem: od: do:
Pracoviště, kde bude sběr dat probíhat:
Přesná specifikace, co bude žadatel zjišťovat:

Budete FN Brno uvádět jako „zdroj dat“ ve své práci?: ANO NE

Poučení: Žadatel bere na vědomí, získaná data mohou být použita pouze pro účel uvedený v této žádosti. Další nakládání s daty bez souhlasu FN Brno pro jiný účel je považováno za neoprávněné.

Žadatel souhlasí se zpracováním jeho osobních údajů dle zásad GDPR pro účely evidence této žádosti. Zavazuje se zachovat mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se dozví v souvislosti s prováděným výzkumem a sběrem dat/informací. V případě, že žadatel uvádí FN Brno jako „zdroj informací“, je jeho povinností předložit zpracované výsledky ke schválení příslušnému vedoucímu zaměstnanci přímo podřízenému řediteli FN Brno, který žádost o sběr dat/poskytnutí informace ve FN Brno povolil. Prezentace výsledků s uvedením jména Fakultní nemocnice Brno je možná pouze s jeho souhlasem.

Vyplněnou žádost odešlete do FN Brno:

a) **elektronicky** (bez vašeho podpisu, který je nahrazen tím, že odesíláte žádost ze své e-mailové adresy) na adresu: [redacted]

b) nebo **v listinné formě** (s vaším podpisem na žádosti) na adresu:

Fakultní nemocnice Brno

Oddělení organizace řízení – [redacted]

Jihlavská 20

625 00 Brno

Datum: 11. 11. 2019

Podpis: Lara Dina Aloisdóttir

Vyplňuje a potvrzuje FN Brno:

Oddor organizačních, právních věcí a personalistiky – Oddělení organizace řízení:

Zaevidováno na OOR dne: 12-11-2019 pod číslem: 2019/168 112/FN BRNO-1490

Vyjádření vedoucího zaměstnance příslušného útvaru, kde bude probíhat sběr dat/informací:

souhlas/nesouhlas – útvar: [redacted]

Vedoucími zaměstnanci v přímé podřízenosti ředitele FN Brno postoupeno dne 14-11-2019

Žadatel je zaměstnancem FN Brno od: útvaru: na pozici:

Žadatel je rodinným příslušníkem zaměstnance FN Brno: z útvaru: [redacted]

V Brně dne 14-11-2019

[redacted]
referent/vedoucí OOR

Oddor organizačních, právních věcí a personalistiky – Oddělení organizace řízení:

V případě placené služby dle Ceníku EO č. 45/2013-09.5:

souhlas žadatele s placenou službou

nesouhlas žadatele s placenou službou, požadavek na storno žádosti ze strany žadatele

Způsob platby: na pokladně FN Brno

fakturou na účet FN Brno

Částka připsána na účet FN Brno dne: [redacted]

Žádost uzavřena dne: 20-11-2019

[redacted]
podpis vedoucího/referenta OOR

5-292/18/7

Příloha č. 7

Souhlas s provedením výzkumu ve Fakultní nemocnici Ostrava

Fakultní nemocnice Ostrava
17. listopadu 1790/5, 708 52 Ostrava-Poruba

Žádost o sběr dat pro studijní účely

Jméno a příjmení, titul:	Lara Dina Aloisdóttir
Kontaktní údaje:	[redacted]
Jste zaměstnancem FNO?	<input type="checkbox"/> ANO <input checked="" type="checkbox"/> NE
	Pokud ano, na jakém pracovišti ve FNO pracujete:
Název vysoké / vyšší odborné školy	<input type="checkbox"/> Ostravská univerzita <input checked="" type="checkbox"/> Jiná vysoká / vyšší odborná škola
	Adresa jiné vysoké / vyšší odborné školy: Univerzita Karlova Kateřinská 1660/32, 121 08 Praha 2
Název fakulty:	1. Lékařská fakulta
Název studovaného oboru:	Intenzivní péče
Ročník studia:	2.
Sběr dat je za účelem	<input type="checkbox"/> bakalářské práce <input type="checkbox"/> absolventské práce <input checked="" type="checkbox"/> diplomové práce <input type="checkbox"/> rigorózní práce <input type="checkbox"/> dizertační práce <input type="checkbox"/> jiný typ práce
	Upřesnění jiného typu práce:
Název práce:	Bolest termicky traumatizovaných
Jméno a příjmení vedoucího odborné práce:	MUDr. Šimon Kozák
Název pracoviště FNO, kde má být sběr dat proveden:	Klinika popáleninové medicíny a rekonstrukční chirurgie
Termín zahájení a ukončení sběru dat:	prosinec 2019 + březen 2020 (2x 1 den)

Datum: 11. 11. 2019

[signature]
podpis studenta

[signature]
podpis vedoucího odborné práce
FAKULTNÍ NEMOCNICE OSTRAVA

Vyjádření FNO: souhlasím nesouhlasím

Datum: 2. 12. 2019

[signature]
podpis a razítko

Povinné přílohy žádosti:

1. Potvrzení o studiu
2. Stručná anotace odborné práce
3. Vzor dotazníku pro studijní účely

Žádost potvrzenou studentem i vedoucím odborné práce zašlete pro **nelékařské obory** na sekretariát náměstkyně pro ošetrovatelskou péči, nebo pro **lékařské obory** na sekretariát náměstkyně pro léčebnou péči, Fakultní nemocnice Ostrava (Domov sester), 17. listopadu 1790/5, 708 52 Ostrava-Poruba.

Příloha č. 8

Výzkumný dotazník

Vážená paní, vážený pane,

jmenuji se Lara Dina Aloisdóttir a jsem posluchačkou 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy. Pro svou diplomovou práci jsem si zvolila téma bolesti u popálených pacientů a žádám Vás o vyplnění tohoto dotazníku, který je zaměřen na možné způsoby tlumení akutní poúrazové a pooperační bolesti. Vaše odpovědi budou zcela anonymní a poslouží ke zhodnocení efektu léčby Vaší bolesti během Vaší hospitalizace.

Děkuji za spolupráci.

1. Uveďte své pohlaví:

- a) Muž
- b) Žena

2. Vyberte kategorii svého věku:

- a) 18–30 let
- b) 31–40 let
- c) 41–50 let
- d) 51–60 let
- e) 61–70 let
- f) 71 a více let

3. Uveďte své nejvyšší dosažené vzdělání:

- a) Základní
- b) Střední odborné – vyučení (SOU)
- c) Střední odborné – maturita (SOŠ)
- d) Vyšší odborné (VOŠ)
- e) Vysokoškolské – bakalářské
- f) Vysokoškolské – magisterské
- g) Vysokoškolské – doktorské a vyšší

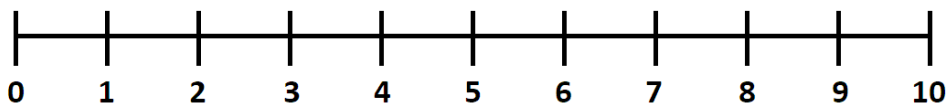
4. Trpěl(a) jste před úrazem dlouhodobější bolestí?

- a) Ne (pokračujte na otázku č. 6)
- b) Ano

Instrukce k určení intenzity:

Na škále vyznačte míru své bolesti/strachu/úzkosti od 0 do 10, kdy 0 odpovídá žádné bolesti/strachu/úzkosti a 10 je nejhorší bolest/strach/úzkost.

5. Jaké intenzity byla Vaše bolest před úrazem?



6. Jak silnou bolest jste pociťoval(a) bezprostředně po úrazu?



7. Jak silná byla Vaše bolest před poslední operací/převazem na operačním sále?



8. Jak silná byla Vaše bolest po poslední operaci/převazu na operačním sále?



9. Pociťujete strach před operací/převazem?

- a) Ne
- b) Ano, vyznačte intenzitu:



10. Pociťujete strach po operaci/převazu?

- a) Ne
- b) Ano, vyznačte intenzitu:



11. Pociťujete úzkost před operací/převazem?

- a) Ne
- b) Ano, vyznačte intenzitu:



12. Pociťujete úzkost po operaci/převazu?

- a) Ne
- b) Ano, vyznačte intenzitu:



U následujících možností vyjádřete míru souhlasu:

13. Myslíte si, že je Vaše bolest včas a dostatečně léčena?

- a) Rozhodně ano
- b) Spíše ano
- c) Spíše ne
- d) Rozhodně ne

14. Máte dostatek informací o svém zdravotním stavu a průběhu hospitalizace?

- a) Rozhodně ano
- b) Spíše ano
- c) Spíše ne
- d) Rozhodně ne

15. Jste celkově spokojen(a) s hospitalizací?

- a) Rozhodně ano
- b) Spíše ano
- c) Spíše ne
- d) Rozhodně ne

Jak na Vás působí následující možnosti tlumení bolesti?

	<i>Určitě ano</i>	<i>Spíše ano</i>	<i>Nevím</i>	<i>Spíše ne</i>	<i>Určitě ne</i>
Léky proti bolesti	1	2	3	4	5
Informace o zdravotním stavu	1	2	3	4	5
Rozhovory s ošetřujícím personálem	1	2	3	4	5
Rozhovory s psychologem	1	2	3	4	5

	<i>Určitě ano</i>	<i>Spíše ano</i>	<i>Nevím</i>	<i>Spíše ne</i>	<i>Určitě ne</i>
Rozhovory se spolupacienty	1	2	3	4	5
Návštěvy blízkých osob	1	2	3	4	5
TV, rádio, internet	1	2	3	4	5
Klidový režim	1	2	3	4	5
Úlevová poloha	1	2	3	4	5
Četba	1	2	3	4	5
Relaxace, meditace	1	2	3	4	5
Ticho	1	2	3	4	5
Nerušný spánek	1	2	3	4	5

Pokud Vás napadá další možnost léčby Vaší bolesti, uveďte ji:

ÚDAJE OD PERSONÁLU NEBO Z DOKUMENTACE

1. Etiologie úrazu:

- a) Popálení
- b) Opaření
- c) Poleptání
- d) Omrzliny
- e) Elektrotrauma
- f) Ionizující záření
- g) Jiná (Lyellův syndrom, kožní defekt, dekubitus, ...)

2. Rozsah poranění:

- a) Méně než 5 % TBSA
- b) 5–10 % TBSA
- c) 11–15 % TBSA
- d) 16–20 % TBSA
- e) 21–30 % TBSA
- f) 31–40 % TBSA
- g) 41–50 % TBSA
- h) 51–60 % TBSA
- i) 61 a více % TBSA

3. Hloubka (více možností):

- a) Stupeň I
- b) Stupeň IIa
- c) Stupeň IIb
- d) Stupeň III

4. Délka hospitalizace:

- a) Méně než 5 dní
- b) 5–10 dní
- c) 11–15 dní
- d) 16–20 dní
- e) 21–25 dní
- f) 26–30 dní
- g) 31 a více dní

ÚDAJE OD PERSONÁLU NEBO Z DOKUMENTACE

5. Počet výkonů na operačním sále (operace i převazy):

Uveďte číslo: _____

6. Užívá pacient psychoaktivní léky?

- a) Ne
- b) Ano

Příloha č. 9

Friedmanův test

	L1	L3	L6	L8	L9	L13	L2	L7	L4	L5	L10	L11	L12
L1	1,0000	0,0158	0,0158	0,0863	0,0771	0,1936	0,0061	0,0027	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0002
L3	0,0158	1,0000	0,4142	0,3841	0,3173	0,2888	0,2207	0,4328	0,0000	0,0003	0,0000	0,0000	0,0396
L6	0,0158	0,4142	1,0000	0,7150	0,3532	0,2888	0,0588	0,0719	0,0002	0,0003	0,0000	0,0002	0,1048
L8	0,0863	0,3841	0,7150	1,0000	0,6547	0,5637	0,2367	0,0196	0,0000	0,0001	0,0000	0,0000	0,0004
L9	0,0771	0,3173	0,3532	0,6547	1,0000	0,8273	0,0719	0,0071	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0004
L13	0,1936	0,2888	0,2888	0,5637	0,8273	1,0000	0,1779	0,0339	0,0001	0,0002	0,0000	0,0000	0,0001
L2	0,0061	0,2207	0,0588	0,2367	0,0719	0,1779	1,0000	1,0000	0,0023	0,0041	0,0000	0,0006	0,1701
L7	0,0027	0,4328	0,0719	0,0196	0,0071	0,0339	1,0000	1,0000	0,0052	0,0630	0,0090	0,0020	0,2367
L4	0,0000	0,0000	0,0002	0,0000	0,0000	0,0001	0,0023	0,0052	1,0000	0,8728	0,3173	0,5637	0,3304
L4	0,0000	0,0003	0,0003	0,0001	0,0000	0,0002	0,0041	0,0630	0,8728	1,0000	0,3035	0,8694	0,1138
L10	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0090	0,3173	0,3035	1,0000	0,2568	0,0236
L11	0,0000	0,0000	0,0002	0,0000	0,0000	0,0000	0,0006	0,0020	0,5637	0,8694	0,2568	1,0000	0,0112
L12	0,0002	0,0396	0,1048	0,0004	0,0004	0,0001	0,1701	0,2367	0,3304	0,1138	0,0236	0,0112	1,0000

L1 = léky proti bolesti, L2 = informace o zdravotním stavu, L3 = rozhovory s ošetřujícím personálem, L4 = rozhovory s psychologem, L5 = rozhovory se spolupacienty, L6 = návštěvy blízkých osob, L7 = TV, rádio, internet, L8 = klidový režim, L9 = úlevová poloha, L10 = četba, L11 = relaxace, meditace, L12 = ticho, L13 = nerušený spánek

Příloha č. 10

Certifikát o absolvování kurzu

Koordinace práce ošetrovatelského týmu v péči o pacienta s bolestí

ČESKÁ REPUBLIKA

Akreditované zařízení, sídlo, IČO Ústřední vojenská nemocnice - Vojenská fakultní nemocnice Praha, U Vojenské nemocnice 1200, Praha 6, 169 02, IČ: 61383082

kteřé získalo akreditaci Ministerstva zdravotnictví k uskutečňování vzdělávacího programu certifikovaného kurzu

pod č.j. 81034/2015-3/ONP... evidenční číslo certifikátu ÚVN-CK-166/2019...

CERTIFIKÁT

o získané zvláštní odborné způsobilosti

Titul, jméno a příjmení Bc. Lara Dina Aloisdóttir

Datum narození Místo narození

Název certifikovaného kurzu Péče o pacienta s bolestí

Počet hodin vzdělávacího programu -21-

Absolvoval(a) od 20. listopadu 2019 do 22. listopadu 2019

v souladu s ustanovením § 61 a násl. zákona č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), ve znění pozdějších předpisů, a tím získal(a) **zvláštní odbornou způsobilost pro úzce vymezené zdravotnické činnosti** v rozsahu vzdělávacího programu: ¹

Koordinace práce ošetrovatelského týmu v péči o pacienta s bolestí.



Příloha č. 11

Prohlášení konzultanta



UNIVERZITA KARLOVA
I. lékařská fakulta

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ KONZULTANTA

Jméno konzultanta: **MUDr. Viktor Kubricht, Ph.D.**

Pracoviště konzultanta: **Fakultní nemocnice Královské Vinohrady**

Studentka: **Lara Dina Baron Aloisdóttir**

Téma diplomové/ bakalářské práce: **Bolest termicky traumatizovaných**

Obor studia: **Intenzivní péče**

Tímto čestně prohlašuji, že:

Jsem si kvalifikační práci přečetl/a v její konečné podobě, a to ve verzi ze dne 8/7/2020

Souhlasím / Nesouhlasím s uvedením své osoby jako konzultanta u této práce.

K práci uvádím následující připomínky:

V Praze, dne 8/7/2020

.....
Podpis

Ústav teorie a praxe ošetrovatelství
I. lékařská fakulta Univerzita Karlova
Albertov 2049/7, 128 00 Praha 2
Tel.: 224 968 805
IČ: 00216208
DIČ: CZ00216208