

Příloha č. 1 - Zungova sebeposuzovací stupnice deprese (SDS).

	Nikdy nebo zřídka	Někdy	Dosti často	Velmi často nebo stále
1. Jsem smutný, skleslý, sklíčený	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
2. Nejlépe se cítím ráno	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
3. Bývá mi do pláče nebo dokonce pláču	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
4. V noci špatně spím	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
5. Mám stejnou chuť k jídlu a jím jako dříve	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
6. Sexuální život a myšlenky na něj mi činí potěšení jako dříve	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
7. Všiml/a jsem si, že ubývám na váze	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
8. Mám potíže se zácpou	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
9. Mívám rychlý tep nebo bušení srdce	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
10. Jsem unavený/á bez zjevné příčiny	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
11. Moje myšlení je jasné jako vždy dříve	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
12. Všechny obvyklé činnosti zvládám bez problémů	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
13. Cítím nepokoj a nevydržím v klidu	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
14. Do budoucna nahlížím s nadějí	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
15. Bývám podrážděný/á	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
16. Není pro mě problém rozhodnout se	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
17. Cítím, že jsem užitečný/á a potřebný/á	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
18. Cítím, že žiji naplno	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
19. Mám pocit, že pro ostatní by bylo lépe, kdybych tu nebyl/a	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
20. Těší mě stejné věci tak jako dříve	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1

Interpretace hodnot: Konverze součtu bodů na SDS index

Počet bodů	SDS index	Počet bodů	SDS index	Počet bodů	SDS index	Počet bodů	SDS index	Počet bodů	SDS index
20	25	32	40	44	55	56	70	68	85
21	26	33	41	45	56	57	71	69	86
22	28	34	43	46	58	58	73	70	88
23	29	35	44	47	59	59	74	71	89
24	30	36	45	48	60	60	75	72	90
25	31	37	46	49	61	61	76	73	91
26	33	38	48	50	63	62	78	74	93
27	34	39	49	51	64	63	79	75	94
28	35	40	50	52	65	64	80	76	95
29	36	41	51	53	66	65	81	77	96
30	38	42	53	54	68	66	83	78	98
31	39	43	54	55	69	67	84	79	99
								80	100

SDS index	Očekávaný/pravděpodobný klinický nálezn
Méně než 50	Normální, nejeví známky deprese
50 - 60	Přítomny známky minimální nebo lehké deprese
60 - 69	Přítomna středně těžká až těžká deprese
70 a více	Přítomna těžká až extrémně těžká deprese

Příloha č. 2 - Škála vnímaného stresu (PSS).

Otázky v tomto dotazníku se týkají vašich pocitů a myšlenek v posledním měsíci. U každé jednotlivé položky prosím vyznačte, jak často jste se cítili nebo uvažovali.

	Nikdy	Skoro nikdy	Někdy	Často	Velmi často
1. Jak často Vás v posledním měsíci rozčílilo něco, co se stalo zcela neočekávaně?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Jak často jste v posledním měsíci nebyli schopni mít pod kontrolou důležité záležitosti ve Vašem životě?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Jak často jste se v posledním měsíci cítili nervózní a vystresovaní?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Jak často jste si v posledním měsíci byli jisti svými schopnostmi potýkat se s osobními problémy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Jak často jste měli v posledním měsíci pocit, že všechno šlo, jak by mělo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Jak často jste měli v posledním měsíci pocit, že jste se nemohli vypořádat se všemi záležitostmi, které jste museli řešit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Jak často jste zvládli v posledním měsíci kontrolovat svou vlastní podrážděnost?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Jak často jste měli v posledním měsíci pocit, že jste „nad věcí“?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Jak často jste se v posledním měsíci rozčílili pro záležitosti nebo události, které byly mimo Vaši kontrolu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Jak často jste v posledním měsíci pociťovali, že se potíže hromadí tolik, že je nedovedete zvládnout?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Příloha č. 3 – Zkrácený inventář depresivních příznaků (QIDS-SR).

QUICK INVENTORY OF DEPRESSIVE SYMPTOMATOLOGY (SELF-REPORT)
<p style="text-align: center;">THIS SECTION FOR USE BY STUDY PERSONNEL ONLY.</p> <p>Questionnaire completed on visit date <input type="checkbox"/> or specify date completed: _____ DD-Mon-YYYY</p>
<p style="text-align: center;">Only the patient (subject) should enter information onto this questionnaire.</p>
<p>U KAŽDÉ POLOŽKY DOTAZNÍKU ZAŠKRTNĚTE JEDNU ODPOVĚĎ, KTERÁ NEJLÉPE VYSTIHUJE, JAK JSTE SE V UPLYNULÝCH SEDMI DNECH CÍTEL/A.</p> <p>1. Usínání:</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/>0 Nikdy mi netrvalo déle než 30 minut, než jsem usnul/a.<input type="checkbox"/>1 V méně než 50 % případů (po 3 nebo méně dnů z uplynulých 7 dnů) mi trvalo nejméně 30 minut, než jsem usnul/a.<input type="checkbox"/>2 Ve více než 50 % případů (po 4 nebo více dnů z uplynulých 7 dnů) mi trvalo nejméně 30 minut, než jsem usnul/a.<input type="checkbox"/>3 Ve více než 50 % případů (po 4 nebo více dnů z uplynulých 7 dnů) mi trvalo déle než 60 minut, než jsem usnul/a. <p>2. Noční spánek:</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/>0 V noci jsem se nebudil/a.<input type="checkbox"/>1 Každou noc jsem měl/a neklidný, lehký spánek a několikrát jsem se krátce probudil/a.<input type="checkbox"/>2 Nejméně jednou za noc jsem se probudil/a, ale opět jsem snadno usnul/a.<input type="checkbox"/>3 Budil/a jsem se častěji než jednou za noc a zůstal/a jsem vzhůru 20 minut nebo déle ve více než 50 % případů (po 4 nebo více dnů z uplynulých 7 dnů). <p>3. Předčasné probuzení:</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/>0 Většinou jsem se nebudil/a dříve než 30 minut před okamžikem, kdy jsem musel/a vstávat.<input type="checkbox"/>1 Ve více než 50 % případů (po 4 nebo více dnů z uplynulých 7 dnů) jsem se budil/a dříve než 30 minut před okamžikem, kdy jsem musel/a vstávat.<input type="checkbox"/>2 Téměř vždy jsem se budil/a nejméně asi tak o jednu hodinu dříve, než jsem musel/a, ale nakonec jsem ještě usnul/a.<input type="checkbox"/>3 Budil/a jsem se nejméně asi tak o jednu hodinu dříve, než jsem musel/a, a pak už jsem nemohl/a usnout. <p>4. Nadměrný spánek:</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/>0 Nespál/a jsem déle než 7-8 hodin za noc, ani jsem si pak přes den nezdříml/a.<input type="checkbox"/>1 Za dobu 24 hodin nespím déle než 10 hodin, včetně zdřímnutí.<input type="checkbox"/>2 Za dobu 24 hodin nespím déle než 12 hodin, včetně zdřímnutí.<input type="checkbox"/>3 Za dobu 24 hodin spím déle než 12 hodin, včetně zdřímnutí. <p>5. Pocit smutku:</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/>0 Necítil/a jsem se smutný/á.<input type="checkbox"/>1 Smutný/á jsem se cítil/a v méně než 50 % případů (po 3 nebo méně dnů z uplynulých 7 dnů).<input type="checkbox"/>2 Smutný/á jsem se cítil/a ve více než 50 % případů (po 4 nebo více dnů z uplynulých 7 dnů).<input type="checkbox"/>3 Smutný/á jsem se cítil/a téměř celou tu dobu.

QUICK INVENTORY OF DEPRESSIVE SYMPTOMATOLOGY (SELF-REPORT)

U KAŽDÉ POLOŽKY DOTAZNÍKU ZAŠKRTNĚTE JEDNU ODPOVĚĎ, KTERÁ NEJLÉPE VYSTIHUJE, JAK JSTE SE V UPLYNULÝCH SEDMI DNECH CÍTIL/A.

Prosím vyplňte budto položku 6, nebo položku 7 (ne obě zároveň)

6. Menší chuť k jídlu:

- 0 Moje obvyklá chuť k jídlu se nezměnila.
- 1 Jedl/a jsem o něco méně často nebo menší porce jídla než obvykle.
- 2 Jedl/a jsem mnohem méně než obvykle a jenom, když jsem se o to snažil/a.
- 3 Za dobu 24 hodin jsem jedl/a jen zřídka a pouze, když jsem se o to s nesmírným úsilím snažil/a nebo když mě jiní lidé přesvědčovali, abych jedl/a.

7. Větší chuť k jídlu:

- 0 Moje obvyklá chuť k jídlu se nezměnila.
- 1 Cítil/a jsem, že jsem potřeboval/a jíst častěji než obvykle.
- 2 Pravidelně jsem jedl/a častěji nebo větší porce jídla než obvykle.
- 3 Cítil/a jsem nutkání se přejídat jak v obvyklou dobu jídla, tak mezi nimi.

Prosím vyplňte budto položku 8, nebo položku 9 (ne obě zároveň)

8. Snížení tělesné hmotnosti (za poslední dva týdny):

- 0 Moje tělesná hmotnost se nezměnila.
- 1 Cítím, jako bych trochu zhubnul/zhubla.
- 2 Zhubnul/zhubla jsem nejméně 1 kg.
- 3 Zhubnul/zhubla jsem nejméně 2 kg.

9. Zvýšení tělesné hmotnosti (za poslední dva týdny):

- 0 Moje tělesná hmotnost se nezměnila.
- 1 Cítím, jako bych trochu přibral/a.
- 2 Přibral/a jsem nejméně 1 kg.
- 3 Přibral/a jsem nejméně 2 kg.

10. Schopnost soustředění/rozhodování:

- 0 V mé obvyklé schopnosti se soustředit nebo rozhodovat nedošlo k žádné změně.
- 1 Občas jsem byl/a nerozhodný/á nebo jsem zjistil/a, že se má pozornost ztrácí.
- 2 Většinu času jsem se musel/a snažit, abych udržel/a pozornost nebo abych se rozhodl/a.
- 3 Nemohl/a jsem se soustředit natolik, abych mohl/a číst, nebo jsem nemohl/a učinit dokonce ani méně významná rozhodnutí.

11. Náhled na sebe:

- 0 Vnímал/a jsem se stejně hodnotný/á a potřebný/á jako ostatní lidé.
- 1 Obviňoval/a jsem se více než obvykle.
- 2 Byl/a jsem silně přesvědčen/a, že druhým lidem působím problémy.
- 3 Téměř neustále jsem přemýšlel/a o svých větších či menších chybách.

12. Myšlenky na smrt nebo sebevraždu:

- 0 Na smrt nebo sebevraždu jsem nemyslel/a.
- 1 Měl/a jsem pocit, že život je prázdný, nebo jsem pochyboval/a o tom, zda stojí za to žít.
- 2 Několikrát jsem v minulých 7 dnech několik minut myslel/a na sebevraždu nebo smrt.
- 3 Do určitých podrobností jsem přemýšlel/a o sebevraždě nebo smrti několikrát za den nebo jsem sebevraždu konkrétně plánoval/a nebo jsem se skutečně pokusil/a si vzít život.

QUICK INVENTORY OF DEPRESSIVE SYMPTOMATOLOGY (SELF-REPORT)

U KAŽDÉ POLOŽKY DOTAZNÍKU ZAŠKRTNĚTE JEDNU ODPOVĚĎ, KTERÁ NEJLÉPE VYSTIHUJE, JAK JSTE SE V UPLYNULÝCH SEDMI DNECH CÍTIL/A.

13. Všeobecný zájem:

- 0 V mém zájmu o jiné lidi nebo činnosti nenastala v porovnání s mým běžným stavem žádná změna.
- 1 Všiml/a jsem si, že se o lidi nebo činnosti zajímám méně.
- 2 Zjistil/a jsem, že se zajímám pouze o jednu nebo dvě z činností, kterými jsem se dříve zabýval/a.
- 3 O činnosti, kterými jsem se dříve zabýval/a, nemám prakticky žádný zájem.

14. Životní energie:

- 0 V úrovni mé obvyklé životní energie nedošlo k žádné změně.
- 1 Unavil/a jsem se snadněji než obvykle.
- 2 Musel/a jsem vyvinout velké úsilí, abych začal/a nebo dokončil/a své obvyklé každodenní činnosti (například nakupování, domácí úkoly, vaření nebo chození do práce).
- 3 Skutečně jsem nemohl/a vykonávat většinu svých obvyklých každodenních činností, protože jsem na to prostě neměl/a energii.

15. Pocit zpomalení:

- 0 Myslel/a jsem, mluvil/a jsem a pohyboval/a jsem se svým obvyklým tempem.
- 1 Zjistil/a jsem, že mám zpomalené myšlení nebo že můj hlas zní monotónně nebo nevýrazně.
- 2 Trvalo mi několik sekund, než jsem odpověděl/a na většinu otázek, a jsem si jistý/á, že mám zpomalené myšlení.
- 3 Abych byl/a schopen/a reagovat na otázky, často jsem musel/a vyvinout obrovské úsilí.

16. Pocit nervozity:

- 0 Neměl/a jsem pocit nervozity.
- 1 Často jsem byl/a nepokojný/á, mačkal/a jsem si ruce nebo jsem si potřeboval/a poposednout.
- 2 Měl/a jsem nutkání se pohybovat z místa na místo a byl/a jsem poměrně nervózní.
- 3 Občas jsem nebyl/a schopen/a zůstat sedět a potřeboval/a jsem popocházet.

Rush et al, Biol Psychiatry (2003) 54: 573-83.

EPI0905.QIDSSR

Potvrzují, že tyto informace jsou správné.

Iniciály pacienta/subjektu:

Datum:

QUICK INVENTORY OF DEPRESSIVE SYMPTOMATOLOGY (SCORE SHEET)

NOTE: THIS SECTION IS TO BE COMPLETED BY THE STUDY PERSONNEL ONLY.

_____ Enter the highest score on any 1 of the 4 sleep items (1-4)

_____ Item 5

_____ Enter the highest score on any 1 of the appetite/weight items (6-9)

_____ Item 10

_____ Item 11

_____ Item 12

_____ Item 13

_____ Item 14

_____ Enter the highest score on either of the 2 psychomotor items (15 and 16)

_____ **Total Score (Range: 0-27)**



Rush et al, Biol Psychiatry (2003) 54: 573-83.

EPI0905.QIDSSR

Příloha č. 4 – Beckův inventář úzkosti (BAI).

Zaznamenejte, prosím, odpověď na každou z 21 položek.	Vůbec	Mírně <i>Moc mě to nerušilo</i>	Středně <i>Bylo to nepříjemné, ale dalo se to vydržet.</i>	Vážně <i>Stěží jsem to vydržel(a).</i>
1. Mrtvění nebo mravenčení	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Pocit horka	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Vratkost nohou	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Neschopnost odpočinku	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Strach z nejhorsí události	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Závrať nebo pocit na omdlení	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Bušení srdce, zrychlený tep	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Neklid	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Zděšení	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Nervozita	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Pocit dušnosti	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Chvění rukou	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Třes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Strach ze ztráty kontroly	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Namáhavé dýchání	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Strach ze smrti	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Panika	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Trávicí potíže nebo bolesti břicha	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Pocit na omdlení	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Zarudnutí v obličeji	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Pocení	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Příloha č. 5 – Informované souhlasy.

	<p>Všeobecná fakultní nemocnice v Praze U Nemocnice 499/2, 128 08 Praha 2 IČ 00064165, tel. 224961111</p> <p>Informovaný souhlas</p>	 IS-PSY-002
---	--	---

Psychiatrická klinika - 213

Jméno a příjmení: Test A aa Fiktivní Neexistuje3 **r. č.:** 000000000

Zákonný zástupce pacienta (jméno, příjmení):

Označení zdravotního výkonu (popřípadě několika výkonů):

REPETITIVNÍ TRANSKRANIÁLNÍ MAGNETICKÁ STIMULACE (rTMS)

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

rTMS je neinvazivní technologií (nenarušuje celistvost organismu), při které jsou přímo stimulovány neurony mozkové kůry principem magnetické indukce za použití krátkodobých pulsů silného magnetického pole. Dle povahy ovlivňovaného neuropsychiatrického onemocnění je používáno frekvencí nižších 1Hz při potřebě snížení aktivity a vyšších 1 Hz při potřebě zvýšení aktivity stimulované oblasti.

V případě některých neuropsychiatrických onemocnění jde o jedinou možnost využití stimulační léčby, oproti elektrokonvulzivní léčbě jde o výkon bez potřeby celkové anestézie prováděný ambulantní formou.

Za nevýhodu může být považována nutnost každodenní aplikace terapie po dobu 2-3 týdnů. Oproti běžné terapii léčivými přípravky nelze užit tuto metodu jako udržovací formu léčby.

Zcela ojediněle byl zaznamenán výskyt epileptických záchvatů, proto jakákoliv přítomnost záchvatovitých stavů v osobní historii pacienta nedovoluje provádět rTMS.

Jiné možnosti, jejich vhodnost, přínosy a rizika:

Dle povahy neuropsychiatrického onemocnění lze doporučit změnu či kombinaci medikamentózní léčby, pro léčbu depresivních poruch případně i elektrokonvulzivní léčbu.

Zdravotní výkon bude probíhat takto:

Prvním krokem je stanovení individuální hodnoty motorického prahu (nejnižší nutné stimulační aktivity) a zaměření místa stimulace za použití přiléhavé čepice. Motorický práh je standardním způsobem registrován při opakované aplikaci jednoho impulsu pomocí elektromyografie pravého m. abductor pollicis brevis (sval – dlouhý ohýbač palce). Vlastní terapeutická stimulace je aplikována 5x týdně po dobu 2-3 týdnů. První vyšetření trvá zhruba 1 hodinu a každá další aplikace kolem 20-30 minut, trvání jednoho výkonu určuje použitá stimulační frekvence.

Tento informovaný souhlas platí pro celou léčbu rTMS (série 10 - 15 výkonů) s tím, že pacient má právo kdykoliv v průběhu léčby souhlas zrušit.

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

Údaje o možném omezení v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti a případné změny zdravotní způsobilosti po provedení uvedeného zdravotního výkonu nejsou známy.

Další potřebná léčba:



Všeobecná fakultní nemocnice v Praze

U Nemocnice 499/2, 128 08 Praha 2
IČ 00064165, tel. 224961111

Informovaný souhlas



IS-PSY-002

Jméno a příjmení: Test A aa Fiktivní Neexistuje3

r. č.: 000000000

Vyjma naplánovaného léčebného postupu není třeba další léčby.

Prohlašuji, že lékař, který mi poskytl poučení, mi osobně vysvětlil vše, co je obsahem tohoto písemného informovaného souhlasu a měl jsem možnost klást mu otázky, na které mi řádně odpověděl. Prohlašuji, že jsem shora uvedenému poučení a informacím plně porozuměl a výslovně souhlasím s provedením tohoto zdravotního výkonu:

V případě, že pacient je **nezletilý nebo s omezenou svéprávností** a je přiměřeně rozumově a volně vespělý:

Prohlašuji, že jsem byl poučen v rozsahu, který je uveden výše.

Pokud pacientovi nebyly takové údaje poskytnuty, uvede se důvod jejich neposkytnutí:

V Praze dne

.....
podpis pacienta / zákonného zástupce

.....
jméno, příjmení a podpis lékaře

.....
*podpis nezletilého pacienta /
pacienta s omezenou svéprávností*

Pokud pacient / zákonný zástupce se nemůže s ohledem na svůj zdravotní stav podepsat:

Důvod, pro něž pacient / zákonný zástupce není schopen se podepsat:

Způsob, jak pacient / zákonný zástupce projevil svou vůli:

.....
jméno, příjmení a podpis svědka

verze číslo: 3 , platnost od: 15.5.2015

tisk: 10.5.2020



Všeobecná fakultní nemocnice v Praze
U Nemocnice 499/2, 128 08 Praha 2
IČ 00064165, tel. 224961111
SOUHLAS V AMBULANTNÍ PÉČI*



F-VFN-131

Psychiatrická klinika - 213

Jméno a příjmení: Test A aa Fiktivní Neexistuje3 **r. č.:** 000000000

Vážená paní, vážený pane,
vítáme Vás ve Všeobecné fakultní nemocnici v Praze (dále jen VFN). Jsme připraveni Vám pomoci a usnadnit Vám pobyt a průběh léčení.

VFN je výukovým a vědeckým pracovištěm. Pod dohledem zdravotníků zde vykonávají svou praxi osoby připravující se k výkonu povolání (studenti, stážisti). Jejich výuka není možná bez Vaší spolupráce. Proto prosíme o pochopení, trpělivost a souhlas, aby tyto osoby mohly nahlížet do Vaší zdravotnické dokumentace a mohly být přítomné při poskytování zdravotních služeb Vaší osobě. **Uvedený souhlas máte právo odmítnout nebo svůj případný souhlas můžete kdykoliv odvolat.**

Souhlasím s přítomností osob připravujících se na výkon povolání včetně **nahlížení do zdravotnické dokumentace.** ano ne

Pro vědecké a výukové účely je nezbytné, aby zdravotničtí pracovníci VFN měli přístup do Vaší zdravotnické dokumentace a mohli si z ní pořizovat potřebné výpisy a kopie. Použité údaje v takovém případě mohou být uveřejněny pouze v anonymizované podobě, ze které nelze poznat Vaší identitu. **Uvedený souhlas máte právo odmítnout nebo svůj případný souhlas můžete kdykoliv odvolat.**

Souhlasím s výše uvedeným zpracováním mých osobních údajů. ano ne

Prohlašuji, že si přeji, aby **níže uvedené osoby** byly oprávněny:

- získat informace o mém zdravotním stavu,
- nahlížet do mé zdravotnické dokumentace (ZD) a pořizovat si z ní kopie nebo výpisy,
- vyslovit souhlas či nesouhlas s poskytováním zdravotních služeb, nebudu-li toho s ohledem na svůj zdravotní stav schopen/a (zástupný souhlas).

Jméno a příjmení, vztah k pacientovi, kontakt Rozsah informace (vše/specifikace rozsahu)	Získání informace o zdravotním stavu (ad 1)	Nahlížení do ZD (ad 2)	Kopie, výpisy (ad 2)	Zástupný souhlas (ad 3)
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Prosíme Vás o určení způsobu informování Vás/Vámi určené osoby:
 osobně telefonicky, e-mailem, SMS, faxem
Heslo pro komunikaci (které sdělíte určené osobě sám/sama):

Zakazuji poskytovat informace o mém zdravotním stavu těmto osobám:

Jméno a příjmení	Vztah k pacientovi

V Praze dne: 12.5.2020 podpis pacienta/jméno a podpis zákonného zástupce jméno a podpis
a jeho vztah k pacientovi/jméno a podpis opatrovníka zdravotnického pracovníka

verze číslo: 3 , platnost od: 1.2.2017

tisk: 12.5.2020

* Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách

Strana 1 z 1



Všeobecná fakultní nemocnice v Praze
U Nemocnice 499/2, 128 08 Praha 2
IČ 00064165, tel. 224961111
SOUHLAS S HOSPITALIZACÍ*



F-VFN-100

Psychiatrická klinika - 213

Jméno a příjmení: Test A aa Fiktivní Neexistuje3

r. č.: 000000000

Vážená paní, vážený pane,

vítáme Vás ve Všeobecné fakultní nemocnici v Praze (dále jen VFN). Jsme připraveni Vám pomoci a usnadnit Vám pobyt a průběh léčení.

Beru na vědomí, že jsem povinen/na:

- dodržovat navržený individuální léčebný postup,
- řídit se vnitřním řádem, se kterým jsem byl/a seznámen/a,
- dodržovat režim podávání léčivých přípravků na oddělení, tj. bez vědomí a svolení lékaře nemůžu užívat léky, které jsem si přinesl/a; přinesené léky v originálním balení odevzdám zdravotnickému personálu s tím, že mi budou podávány pouze jeho prostřednictvím a zbylé při propuštění vráceny,
- pravdivě informovat ošetřující zdravotnické pracovníky o dosavadním vývoji svého zdravotního stavu, včetně informací o infekčních nemocech, o zdravotních službách prováděných jinými poskytovateli, o užívání léčivých přípravků, včetně užívání návykových látek, a dalších skutečnostech podstatných pro poskytování zdravotních služeb,
- uhradit nemocnici cenu poskytnutých zdravotních služeb, které jsou nehrazené nebo jen částečně hrazené ze zdravotního pojištění a byl/a jsem předem o této skutečnosti informován/a a souhlasil/a jsem s poskytnutím uvedené zdravotní služby.

VFN je výukovým a vědeckým pracovištěm. Pod dohledem zdravotníků zde vykonávají svou praxi osoby připravující se k výkonu povolání (studenti, stážisti). Jejich výuka není možná bez Vaší spolupráce. Proto prosíme o pochopení, trpělivost a souhlas, aby tyto osoby mohly nahlížet do Vaší zdravotnické dokumentace a mohly být přítomné při poskytování zdravotních služeb Vaší osobě. **Uvedený souhlas máte právo odmítnout nebo svůj případný souhlas můžete v průběhu hospitalizace kdykoliv odvolat.**

Souhlasím s přítomností osob připravujících se na výkon povolání včetně **nahlížení do zdravotnické dokumentace.** ano ne

Pro vědecké a výukové účely je nezbytné, aby zdravotničtí pracovníci VFN měli přístup do Vaší zdravotnické dokumentace a mohli si z ní pořizovat potřebné výpisy a kopie. Použité údaje v takovém případě mohou být zveřejněny pouze v anonymizované podobě, ze které nelze poznat Vaší identitu. **Uvedený souhlas máte právo odmítnout nebo svůj případný souhlas můžete v průběhu hospitalizace kdykoliv odvolat.**

Souhlasím s výše uvedeným zpracováním mých osobních údajů. ano ne

Byl jsem seznámen/a s možností uložení cenností do trezoru nemocnice/pracoviště, kde jsem hospitalizován/a. Beru na vědomí, že není v možnostech pracoviště zabezpečit proti odcizení, ztrátě nebo poškození můj majetek proti odcizení, ztrátě nebo poškození, který jsem nepředal/a do úschovy. Pokud si tento majetek ponechávám ve své dispozici a zavazuji se o něj pečovat tak, aby nedošlo k jeho odcizení, ztrátě nebo poškození.

Dále prohlašuji, že mnou **vnesené elektrické spotřebiče** jsou ve stavu, který umožňuje jejich bezpečné používání a přejímám odpovědnost za případné škody, včetně újmy na zdraví, způsobené jejich nesprávnou funkcí (holicí strojek, vysoušeč vlasů, rádio, televize, počítač, nabíječka na telefon apod.).



Všeobecná fakultní nemocnice v Praze
U Nemocnice 499/2, 128 08 Praha 2
IČ 00064165, tel. 224961111
SOUHLAS S HOSPITALIZACÍ*



F-VFN-100

Prohlašuji, že si přeji, aby níže uvedené osoby byly oprávněny:

1. získat informace o mém zdravotním stavu,
2. nahlížet do mé zdravotnické dokumentace (ZD) a pořizovat si z ní kopie nebo výpisy,
3. vyslovit souhlas či nesouhlas s poskytováním zdravotních služeb, nebudu-li toho s ohledem na můj zdravotní stav schopen/a (zástupný souhlas).

Jméno a příjmení, vztah k pacientovi, kontakt Rozsah informace (vše/specifikace rozsahu)	Získání informace o zdravotním stavu (ad 1)	Nahlížení do ZD (ad 2)	Kopie, výpisy (ad 2)	Zástupný souhlas (ad 3)
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Prosíme Vás o určení způsobu informování Vás/Vámi určené osoby:

osobně telefonicky, e-mailem, SMS, faxem

Heslo pro komunikaci (které sdělíte určené osobě sám/sama):

Vzdávám Nevzdávám

se možnosti na podání informace o mém zdravotním stavu.

V případě, že bych se vzdal/a možnosti na podání informace o mém zdravotním stavu, určuji, aby osobou, které má být informace o mém zdravotním stavu podána, byla:

Jméno a příjmení	Vztah k pacientovi

Zakazuji poskytovat informace o mém zdravotním stavu těmto osobám:

Jméno a příjmení	Vztah k pacientovi

Byl/a jsem lékařem srozumitelně informován/a o důvodech hospitalizace a na základě podaných informací **souhlasím s hospitalizací**. Prohlašuji, že jsem byl/a **seznámen/a s právy pacienta**, která si mohu během celé hospitalizace znovu vyžádat u ošetřovatelského personálu.

V Praze dne: 12.5.2020 podpis pacienta/jméno a podpis zákonného zástupce jméno a podpis
a jeho vztah k pacientovi/jméno a podpis opatrovníka zdravotnického pracovníka

Jestliže pacient není schopen ze zdravotních důvodů záznam podepsat, uveďte způsob, jak pacient projevils svou vůli:

Jméno a příjmení svědka:

.....
podpis svědka

verze číslo: 14 , platnost od: 1.2.2017

tisk: 12.5.2020

* Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách

Strana 2 z 2

Tiskněte oboustranně!