



UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE  
FAKULTA TĚLESNÉ VÝCHOVY A SPORTU  
Josef Martího 31, 162 52 Praha 6-Vešelavín  
tel.: 220 171 111  
<http://www.ftvs.cuni.cz/>

## Žádost o vyjádření etické komise UK FTVS

k projektu výzkumné, doktorské, diplomové (bakalářské) práce, zahrnující lidské účastníky

**Název:** Kazuistika pacienta s diagnózou stav po zlomenině diafýzy levé stehenní kosti

**Forma projektu:** bakalářská práce

**Autor** (hlavní řešitel): Mgr. Tereza Kinštová

**Školitel** (v případě studentské práce): Mgr. Ivana Jelínková

### Popis projektu

Kazuistika fyzioterapeutické péče o pacienta s diagnózou stav po zlomenině diafýzy levé stehenní kosti bude zpracována pod odborným dohledem zkušeného fyzioterapeuta v Centru léčby pohybového aparátu v Praze.

### Zajištění bezpečnosti pro posouzení odborníky:

Nebudou použity žádné invazivní techniky

### Etické aspekty a výzkumy:

Osobní údaje získané z šetření nebudou zveřejněny.

### Informovaný souhlas (přiložen)

V Praze dne

Podpis autora:

## Vyjádření etické komise UK FTVS

**Složení komise:** Doc. MUDr. Staša Bartůňková, CSc.

Prof. Ing. Václav Bunc, CSc.

Prof. PhDr. Pavel Slepíčka, DrSc.

Doc. MUDr. Jan Heller, CSc.

Projekt práce byl schválen Etickou komisí UK FTVS pod jednacím číslem: .....

dne:.....

Etická komise UK FTVS zhodnotila předložený projekt a **neshledala žádné rozpory** s platnými zásadami, předpisy a mezinárodními směrnici pro provádění biomedicínského výzkumu, zahrnujícího lidské účastníky.

**Řešitel projektu splnil podmínky nutné k získání souhlasu etické komise.**

razítko školy

.....  
podpis předsedy EK

## INFORMOVANÝ SOUHLAS

Vážený pane,

V souladu se Zákonem o péči o zdraví lidu (§ 23 odst. 2 zákona č. 20/1996 Sb.) a Úmluvu o lidských právech a biomedicině č. 96/2001 Sb. Vás žádám **o souhlas k vyšetření a následné terapii a o souhlas k nahlížení do Vaší dokumentace** osobou získávající způsobilost k výkonu zdravotnického povolání v rámci praktické výuky a s uveřejněním výsledků terapie v rámci bakalářské práce na FTVS UK. V bakalářské práci nebudou uvedena Vaše osobní data.

Dnešního dne jsem byl odborným pracovníkem poučen o plánovaném vyšetření a následné terapii. Prohlašuji a svým podpisem potvrzuji, že odborný pracovník, který mi poskytl poučení, mi osobně vysvětlil vše, co je obsahem tohoto informovaného souhlasu, a měl jsem možnost klást mu otázky, na které mi řádně odpověděl.

Prohlašuji, že jsem výše uvedenému poučení plně porozuměl a souhlasím s provedením vyšetření a následnou terapií.

Souhlasím s nahlížením níže jmenované osoby do mé dokumentace a s uveřejněním výsledků terapie v rámci studie.

Datum

Osoba, která provedla poučení:

Podpis osoby, která provedla poučení:

Jméno pacienta:

Vlastnoruční podpis pacienta:

## Příloha 3

### **Seznam zkratk**

BPN	bez patologického nálezu
DKK	dolní končetiny
FTVS	Fakulta tělesné výchovy a sportu
HKK	horní končetiny
LDK	levá dolní končetina
PDK	pravá dolní končetina
RHB	rehabilitace
RTG	rentgen
SIAS	spina iliaca anterior superior
SIPS	spina iliaca posterior superior
Stp.	Status post (stav po)
UK	Univerzita Karlova
VP	Výchozí poloha