

### **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:** Pacient/klient je informován o nezbytné spolupráci při zasouvání odběrové špičky 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 žvýkačkovou metodou a následně předán do laboratoře k vyhodnocení

Pacient byl dále poučen a souhlasí s tím, že vyhodnocení sčtu 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.

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

- PRONATAL s.r.o.**, IČ 04614283, se sídlem Antala Staška 1670/80, Krč, 140 00 Praha 4,
- SPADIA LAB, a.s.**, IČ 28574907, se sídlem Frenštát pod Radhoštěm, Rožnovská 241,
- 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:

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) :.....