

Identifikační údaje pacienta:

Příjmení:	Jméno:	Titul:	RČ:
-----------	--------	--------	-----

Identifikační údaje zákonného zástupce, opatrovníka:

Příjmení:	Jméno:	Datum narození:
-----------	--------	-----------------

Plánovaný výkon:

Léčebná cytaferéza

Vysvětlující pohovor provedl:

identifikace a podpis lékaře

Prohlašuji, že mi byl náležitě objasněn důvod, předpokládaný prospěch, způsob provedení, následky i možná rizika a komplikace plánovaného výkonu. Dále mi byly vysvětleny možné alternativy včetně jejich komplikací a zdravotní důsledky vyplývající z nepodstoupení plánovaného výkonu. Měl(a) jsem možnost zeptat se lékaře na všechno, co mě ve vztahu k plánovanému výkonu zajímá a obdržel(a) jsem vysvětlení, kterému jsem porozuměl(a). S provedením výše uvedeného výkonu souhlasím.

Dále prohlašuji, že jsem pravdivě informoval(a) ošetřujícího lékaře o dosavadním vývoji zdravotního stavu, včetně informací o infekčních nemocech, o zdravotních službách poskytovaných jinými poskytovateli, o užívání léčivých přípravků, včetně užívání návykových látek, a dalších skutečnostech podstatných pro poskytování zdravotních služeb a nezatajil(a) jsem žádné okolnosti svého zdravotního stavu, které jsou překážkou v provedení výkonu či mohou být v jakékoli souvislosti se vznikem komplikací.

Bylo mi podáno vysvětlení, že v případě výskytu neočekávaných komplikací vyžadujících neodkladné provedení dalších výkonů nutných k záchraně mého života nebo zdraví, budou tyto výkony provedeny.

Souhlas pacienta se sběrem a zpracováním dat v registru „WAA“ v souvislosti s hemaferézou (Světová společnost pro hemaferézu)

Souhlasil(a) jste s provedením terapeutické aferézy. V souvislosti s aferetickými výkony provádíme nezbytné a také povinné laboratorní kontroly. Mnohé číselné údaje také zaznamenává přístrojové zařízení a počítač separátoru. Abychom mohli uskutečnit vždy maximálně bezpečně a účinně Vaše ošetření, sledujeme průběžně tyto údaje a v zájmu kvality naší práce máme potřebu také vyhodnocovat některá data - např. kolik krve proteklo přístrojem při jednom ošetření a kolik takových výkonů bylo potřeba provést k požadovanému efektu Vaší léčby a podobně. Naše pracoviště spolupracuje s českými aferetickými centry, světovými centry, univerzitami a odbornými společnostmi (např. ESFH - European Society for Hemapheresis and Hemotherapy), což je v zájmu kvality naší práce a v zájmu odborné úrovně našeho léčebného aferetického úseku na Krevním centru FNO.

Technické údaje o přístrojových procedurách jsou také shromažďovány a vyhodnocovány v registru Světové společnosti pro hemaferézu (WAA, World apheresis association - world apheresis registry), který je centrálně zřízen a veden ve Švédsku (Umeå University, prof. Stegmayr BG). Registr World Apheresis Association for Therapeutic Apheresis je registrem pro hodnocení kvality, jehož cílem je umožnit zlepšení péče a léčby pacientů, kteří potřebují terapeutickou aferézu. Zadávané údaje jsou údaji vzešlymi po dobu celé Vaší léčby ve FNO (současné, předešlé a budoucí) a jsou to: kód pacienta (pseudonymizovaný údaj), věk, pohlaví a diagnóza, která motivovala terapeutickou aferézu, způsob léčby a frekvence procedur, kromě toho se zadávají výstupní kritéria, jako je stav vědomí, kvalita života a proměnné výsledky léčby související s konkrétní léčenou diagnózou, technické parametry výkonu. **Nefigurují zde žádné Vaše osobní identifikační údaje (jméno, rodné číslo apod.), jedná se o zápis pseudonymizovaných údajů.** Každoroční analýzy a reporty dat pomohou posunout oblast terapeutické aferézy kupředu. Váš souhlas můžete kdykoli odvolat, poté budou Vaše údaje v registru stornovány. Všechny osobní údaje jsou chráněny Nařízením Evropského parlamentu a rady (EU) 2016/679 (GDPR), více na www.fno.cz.

Prosíme proto o Váš souhlas, abychom mohli jako FNO k hodnocení poskytovat tato získaná data světovému registru WAA za podmínek, která odpovídají zákonným normám o ochraně osobních údajů:

1. jsem byl(a) lékařem srozumitelně informován(a) o sběru a zpracování dat v registru „WAA“ a informacím uvedeným v tomto písemném souhlasu jsem porozuměl(a),
2. lékař(ka), který(á) mi poskytl(a) informace a poučení, mi osobně vysvětlil(a) vše, co je obsahem tohoto písemného souhlasu,
3. jsem měl(a) možnost klást lékařovi doplňující otázky a na otázky mi bylo řádně odpovězeno,
4. jsem plně porozuměl(a), uvedeným informacím a souhlasím se sběrem a zpracováním dat ve výše uvedeném registru.

Se sběrem a zpracováním dat v registru Světové společnosti pro hemaferézu ve výše uvedených bodech 1. až 4. souhlasím: ANO NE

V Ostravě dne: _____

_____ podpis pacienta(tky), zákonného zástupce, opatrovníka