**Opakovaný 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 PCR test z dutiny ústní pro vyšetření na COVID- 19**

**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 koronaviremSARS-CoV-2.

**Průběh vyšetření:**

Vyšetření bude prováděno neinvazivní metodou. PCR bude odebráno formou – neinvazivního odběru.

**Test (PCR sada) obsahuje:**

* houbičku, kterou si dítě vloží do úst
* houbičku ponechá minutu v puse, nekouše ji
* houbička nasaje sliny
* houbičku vloží zpátky do zkumavky, která bude označena identifikačním kódem
* PCR test bude předán do laboratoře k vyhodnocení

**Výsledky testu budou oznámeny zákonnému zástupci formou SMS nejpozději do 24 hodin. Potvrzení bude k dispozici ve formě PDF volně stažitelné dle pokynů v SMS.**

**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.

**Prohlášení zdravotnického pracovníka:**

Prohlašuji, že jsem výše uvedeného pacienta (zákonného zástupce) srozumitelným způsobem informoval o jeho zdravotním stavu (o zdravotním stavu osoby jím zastupované) a veškerých shora uvedených skutečnostech, plánovaném výkonu, léčebném postupu, a to včetně upozornění na možné komplikace.

*V Praze, 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 a byla/a jsem informován/a i možných rizicích tohoto výkonu.

**Pro účely opakovaného provádění testů na koronavirus se tento souhlas uděluje na dobu určitou do dne 30. 6. 2021.**

*V Praze, dne*: *Podpis pacienta (či zákonného zástupce):*

|  |
| --- |
| Příjmení a jméno pacienta: |
| Rodné číslo (číslo Pojištěnce):  Datum narození: |
| Adresa bydliště (včetně PSČ): |
| Mobilní telefon: |
| Národnost: |
| Pojišťovna: |

Pacient 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,

nahlížela níže uvedená škola, a to v nezbytném rozsahu pro předání výsledků testů na výskyt viru SARS-CoV-2

(dále jen „koronavirus“).

**Tento souhlas pacient (zákonný zástupce) konkrétně uděluje škole:**

|  |
| --- |
| **Základní škole a Mateřské škole, Praha 4, Mendíků 2** |
| **IČ: 60435348** |
| **Se sídlem: Mendíků 2/1000, Praha 4 – Michle, 140 00** |

a to **výhradně za účelem předávání výsledků testů na koronavirus**, které pacient podstoupil u společnosti PRONATAL.

Pacient (zákonný zástupce) dále souhlasí s pořizováním kopií a výpisů ze zdravotnické dokumentace ze strany školy v rozsahu výsledků testů na koronavirus.

Škola je oprávněna nahlížet do výsledku testování.

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.

**Pro účely opakovaného provádění testů na koronavirus se tento souhlas uděluje**

**na dobu určitou do dne 30. 6. 2021.**

**Pří změně jakýchkoliv údajů je pacient povinen znovu tento souhlas vyplnit a podepsat.**

V Praze dne :

…………………………………………………..

podpis pacienta (zákonného zástupce)