

## ***Informovaný souhlas pacienta***

Název bakalářské/diplomové práce (dále jen BP/DP): Zmapování terapie bolestivého ramene u pacientů po cévní mozkové příhodě v akutní a subakutní fázi

Stručná anotace BP/DP (shrnutí tématu a průběhu zpracování BP/DP sdělované pacientovi):

Cílem této práce je popsat možnosti ergoterapeutických intervencí zaměřených na prevenci vzniku syndromu bolestivého ramene nebo eliminaci jeho projevů. Teoretická část obsahuje shrnutí a vysvětlení základních pojmů a popis jednotlivých facilitačních metod, které můžou terapeuti využívat při práci s tímto syndromem.

V praktické části jsou pak budou s Vaší pomocí vytvořeny čtyři kazuistiky pacientů, kteří prodělali cévní mozkovou příhodu a měli již syndrom bolestivého ramene diagnostikovaný, nebo u nich bylo podezření na vznik tohoto syndromu. Poté budeme společně spolupracovat při jednotlivých terapeutických intervencích a budeme aplikovat nejlépe zvolené metody a ovlivňovat jimi tento syndrom.

Jméno a příjmení pacienta:

Datum narození:

Kazuistika pacienta pod číslem:

- 1) Já, níže podepsaný/á souhlasím s mou účastí v BP/DP, jejíž výsledky budou anonymně zpracovány. Je mi více než 18 let a jsem svéprávný/svéprávná.
- 2) Byl/a jsem podrobně a srozumitelně informován/a o cíli BP/DP a jejích postupech, a o tom, co se ode mě očekává. Byl mi vysvětlen očekávaný přínos BP/DP.
- 3) Porozuměl/a jsem tomu, že svou účast v BP/DP mohu kdykoliv přerušit či zcela zrušit, aniž by to jakkoliv ovlivnilo průběh mé další léčby. Moje spolupráce při tvorbě BP/DP je dobrovolná.
- 4) Informace získané o mé osobě budou zpracovány a zveřejněny přísně anonymně. Souhlasím s publikováním anonymizovaných dat i jinde než v samotné BP/DP.
- 5) S mou spoluprací při tvorbě BP/DP není spojeno poskytnutí žádné finanční ani jiné odměny.
- 6) Obdržím podepsaný a datem opatřený stejnopis Informovaného souhlasu.

Datum:

Podpis pacienta:

Podpis autora BP/DP: