

8. PŘÍLOHY

8.1. Informovaný souhlas

8.2. Jednosměrný překlad manuálu: skrytá příloha

8.3. Jednosměrný překlad záznamového listu: skrytá příloha

8.4. Tabulka podnětového systému: skrytá příloha

8.1. Informovaný souhlas pacienta

Informovaný souhlas pacienta

Název bakalářské práce (dále jen BP):

Hodnocení exekutivních funkcí u pacientů se získaným poškozením mozku: překlad a klinické využití "Executive Function Performance Test"

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

Bakalářská práce se zaměřuje na hodnocení exekutivních funkcí, tj. to jakým způsobem si činnost plánujete, organizujete a dokončujete. Hodnotit budu Vás, jakožto jedince se získaným poškozením mozku pomocí mnou přeloženého testu "Executive Function Performance Test". V rámci testu budete provádět čtyři základní činnosti: vaření, používání telefonu, administraci léků a zaplacení faktur.

V práci dále popisují vybraná získaná poškození mozku (cévní mozkové příhody, traumatická poranění mozku, mozkové nádory či metabolická a infekční poškození), jejich incidenci v České republice a dopad na provádění činností v běžném životě. Součástí práce je i vysvětlení termínu exekutivní funkce a popsání dalších možností zhodnocení pomocí neuropsychologických testů a screeningových nástrojů.

Jméno a příjmení pacienta:

Datum narození:

Kazuistika pacienta pod číslem:

- 1) Já, níže podepsaný/á souhlasím s mou účastí v BP, 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 a jejich postupech, a o tom, co se ode mě očekává. Byl mi vysvětlen očekávaný přínos BP.
- 3) Porozuměl/a jsem tomu, že svou účast v BP mohu kdykoliv přerušit či zcela zrušit, aniž by to, jakkoliv ovlivnilo průběh mé další léčby. Moje spolupráce při tvorbě BP 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.
- 5) S mou spoluprací při tvorbě BP není spojeno poskytnutí žádné finanční ani jiné odměny.
- 6) Obdržím podepsaný a datem opatřený stejnopis Informovaného souhlasu.

Datum:

Podpis pacienta:

Podpis autora BP: