



Razítko pracoviště

Identifikační štítek pacienta

INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTA/ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE S VÝKONEM ODBĚR KRVE NA STANOVENÍ PROTILÁTEK PROTI HIV

1. Diagnóza, která vede k provedení zdravotního výkonu (zdůvodnění/indikace):

-

2. Informace o potřebném zdravotním výkonu (o jeho účelu, povaze, předpokládaném prospěchu a následcích):

Odběr krve k vyšetření protilátek proti HIV se provádí stejně jako každý jiný odběr žilní krve k laboratornímu vyšetření, potřebné množství krve je cca 2ml. Výsledek tohoto vyšetření slouží pro rozvahu Vašeho ošetřujícího lékaře (lékaře osoby Vámi zastupované) nad Vaším zdravotním stavem (zdravotním stavem osoby Vámi zastupované), přiblížení se správné diagnóze a tudíž i správné léčbě.

Informace o Vaší osobě (osobě Vámi zastupované) a Vašem zdravotním stavu (zdravotním stavu osoby Vámi zastupované) jsou považovány za důvěrné a nebudou sděleny žádné nepovolané osobě. Požadavkový list k vyšetření je zaslán do laboratoře v zalepené obálce, výsledek vyšetření obdrží pouze Váš ošetřující lékař (lékař osoby Vámi zastupované), také v zalepené obálce. Vy sám (osoba Vámi zastupovaná) výsledek neobdržíte, bude Vám (osobě Vámi zastupované) sdělen ošetřujícím lékařem osobně.

3. Rizika zdravotního výkonu:

- Rizika jsou minimální, objevit se může zejména drobná modřinka v místě vpichu, event. lokální zarudnutí, či přechodně malá lokální bolestivost. Prasknutí žíly, po kterém se objeví větší modřina i větší místní bolestivost, je výjimečné.

4. Alternativy zdravotního výkonu:

- nejsou

5. Údaje o možném omezení v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti po provedení příslušného zdravotního výkonu, lze-li takové omezení předpokládat; v případě možné nebo očekávané změny zdravotního stavu též údaje o změnách zdravotní způsobilosti:

V případě positivity tohoto vyšetření Vám bude doporučena léčba ve speciálním centru.

Předpokládaná doba hospitalizace: Odběr krve je prováděn ambulantně, pokud je pacient hospitalizován, tak samozřejmě jako součást diagnostického plánu.

Předpokládaná doba trvání pracovní neschopnosti (předpokládaná doba, po kterou pacient nebude schopen vykonávat své studium): Po ambulantním odběru krve odchází pacient z ordinace a není nijak omezen v činnosti.

6. Údaje o léčebném režimu a preventivních opatřeních, která jsou vhodná, a údaje o poskytnutí dalších zdravotních služeb (zdravotních výkonů):

Záleží na výsledku vyšetření, ale pokud je pacient ve zvýšeném riziku HIV infekce, tak by měl dodržovat zásady bezpečného sexu až do obdržení výsledku vyšetření.

Prohlášení lékaře:

Prohlašuji, že jsem výše uvedeného pacienta/zákonného zástupce pacienta srozumitelným způsobem a v dostatečném rozsahu informoval/a o jeho zdravotním stavu/o zdravotním stavu osoby jím zastupované a o veškerých shora uvedených skutečnostech, o navrženém individuálním léčebném postupu a všech jeho změnách, včetně upozornění na možné komplikace.

V Praze, dne.....20..... v.....hod.

Podpis a jmenovka lékaře

Prohlášení a souhlas pacienta/zákonného zástupce pacienta:

Já, níže podepsaný/á, prohlašuji, že jsem byl/a lékařem srozumitelně a v dostatečném rozsahu informován/a o svém zdravotním stavu/o zdravotním stavu osoby mnou zastupované a o veškerých shora uvedených skutečnostech. Údaje a poučení mi byly lékařem sděleny a vysvětleny, porozuměl/a jsem jim a měl/a jsem možnost klást doplňující otázky, které mi byly lékařem srozumitelně zodpovězeny.

Na základě poskytnutých informací a po vlastním zvážení souhlasím s provedením zdravotního výkonu/souhlasím s provedením výkonu u osoby mnou zastupované, včetně provedení dalších zdravotních výkonů, pokud by jejich neprovedení bezprostředně ohrozilo můj život nebo zdraví/život nebo zdraví osoby mnou zastupované.

Současně také prohlašuji, že jsem lékařem sdělil/a všechny mně známé okolnosti, které by mohly zkomplikovat klidný průběh zdravotního výkonu (zejména užívané léky, alergie a všechna přidružená onemocnění).

Jsem si vědom/a, že tento svůj souhlas můžu kdykoliv odvolat.

Pro zákonného zástupce pacienta:

Jako zákonný zástupce nezletilého pacienta nebo pacienta s omezenou svéprávností prohlašuji, že veškeré shora uvedené informace byly poskytnuty rovněž tomuto pacientovi (za podmínky, je-li k tomu pacient přiměřeně rozumově a volně vyspělý). *Pokud pacientovi nebyly takové informace poskytnuty, uveďte se důvod jejich neposkytnutí:*

.....

V Praze, dne.....20..... v.....hod.

Podpis pacienta^{*} /zákonného zástupce

Identifikace zákonného zástupce:

Jméno a příjmení:

Datum narození: Vztah k pacientovi:

* Nezletilému pacientovi lze zdravotní služby poskytnout na základě jeho souhlasu, jestliže je provedení takového úkonu přiměřené jeho rozumové a volní vyspělosti odpovídající jeho věku. U pacienta s omezenou svéprávností se postupuje obdobně, nezohledňuje se však věk pacienta.