

VYŠETŘENÍ PROTILÁTEK A ANTIGENU

INFORMOVANÝ SOUHLAS

PACIENTA/KY- ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE

Jméno a Příjmení pacienta/ky:	
RČ:	
Bydliště:	
Zákonný zástupce:	
RČ:	

Vážený pane/paní,

je Vám doporučeno **VYŠETŘENÍ HIV PROTILÁTEK A ANTIGENU**.

Před samotným výkonem Vás ošetřující lékař seznámí s provedením této léčebné metody, jejím předpokládaným prospěchem, případnými možnými riziky a následky pro Váš zdravotní stav, s eventuálními alternativami navrhované zdravotní péče, jakož i souvisejícími informacemi tak, aby Vaše rozhodnutí o souhlasu s výkonem bylo založeno na dostatečném množství informací.

Příčina a původ

Ve Vašem vyšetřovacím a léčebném postupu Vám lékař doporučil vyšetření antigenu a protilátek proti HIV. Vyšetření se provádí standardně u gravidních žen, před některými plánovanými operacemi, v rámci vstupního vyšetření u některých onemocnění krve a před transplantací kostní dřeně či kmenových buněk.

Účel a povaha výkonu

Vyšetření se provádí k vyloučení infekce HIV, která by mohla komplikovat léčebné postupy u některých onemocnění, případně zhoršit průběh základního hematologického onemocnění.

Provedení výkonu

Jedná se o odběr cca 5 ml krve ze žíly.

Před vlastním vpichem se místo odběru dezinfikuje, odběr se provádí jednoúčelovými pomůckami sterilním způsobem.

Předpokládané následky a možná rizika související s provedením výkonu

Při odběru krve může dojít k výronu krve do podkoží při nedostatečném stlačení místa vpichu, zarudnutí místa vpichu, případně prasknutí cévy při odběru. Může se také vyskytnout alergická reakce na desinfekční látku.

Alternativy výkonu

Není.

Předpokládaná omezení a doporučení po provedeném výkonu

Odběr krve nevede k omezení činnosti.

Doplňující dotazy pacienta/ky a jejich odpovědi**Poučení pacienta o právech**

Pacient má právo svobodně se rozhodnout o postupu při poskytování zdravotní péče, pokud právní předpisy toto právo nevyklučují. Pacient má právo vzdát se podání informace o svém zdravotním stavu, popřípadě může určit, které osobě má být informace podána.

Prohlášení lékaře

Prohlašuji, že jsem výše uvedeného pacienta/ku srozumitelným způsobem a v dostatečném rozsahu informoval o jeho/jejím zdravotním stavu a o veškerých shora uvedených skutečnostech, včetně upozornění na případné komplikace provedení zdravotního výkonu.

V Mladé Boleslavi, dne:

Podpis a jmenovka lékaře:

Prohlášení a souhlas pacienta/ky

Já níže podepsaný/á, prohlašuji, že mě lékař srozumitelně informoval a vysvětlil možnosti vyšetření takovým způsobem, který je pro mě srozumitelný. Vysvětlení jsem plně pochopil/a a vzal/a na vědomí. Zároveň stvrzuji, že jsem podal/a pravdivé informace o svém zdravotním stavu. Nezamlčel/a jsem žádné skutečnosti, které by mohly mít vliv na prováděný výkon.

Informující lékař mě seznámil s možnými alternativami. Byl/a jsem též informován/a o možných rizicích a komplikacích vyšetření. Rozumím informacím, které mi lékař poskytl. Měl/a jsem možnost klást lékaři doplňující dotazy a pokud tomu tak bylo, dotazy mi byly zodpovězeny a nemám další otázky.

Na základě tohoto poučení **s o u h l a s í m** s provedením vyšetření, což stvrzuji svým vlastnoručním podpisem.

V Mladé Boleslavi, dne:

Podpis pacienta/zákonného zástupce:

Identifikace osoby udělující zástupný souhlas	
Jméno a Příjmení:	Datum narození:
Vztah k pacientovi:	
V Mladé Boleslavi, dne:	Podpis osoby určené pacientem (zástupný souhlas):
Nemůže-li se pacient podepsat, podepíše se svědek, který byl přítomen projevu souhlasu pacienta	
Jméno a Příjmení svědka:	Datum narození:
Důvod nepodepsání souhlasu pacientem:	
Způsob projevené vůle pacientem:	
V Mladé Boleslavi, dne:	Podpis svědka:
	Podpis a jmenovka lékaře: