

Informovaný souhlas pacienta(tky) s výkonem

Vyšetření protilátek proti HIV

Vážená paní, Vážený pane,

vzhledem k tomu, že jako svéprávný jedinec se podílíte významným způsobem na diagnostickém a léčebném postupu navrženém u Vaší osoby, máte nezadatelné právo být před Vaším rozhodnutím o těchto postupech podrobně informován(a).

Na základě Vašeho aktuálního zdravotního stavu Vám bylo lékařem doporučeno vyšetření protilátek proti HIV.

Co je vyšetření protilátek proti HIV:

Jedná se o odběr krve, který se provádí zcela identicky jako každý jiný odběr krve k laboratornímu vyšetření. Celkové množství odebrané krve je cca 2ml. Při provádění tohoto vyšetření je přísně dbáno na zachování mlčenlivosti zdravotnických pracovníků a údaje týkající se Vaší osoby jsou považovány za důvěrné, tedy nemohou být poskytnuty žádné nepovolané osobě. Průvodka k vyšetření je zasílána do laboratoře v zalepené obálce a výsledek vyšetření je sdělován pouze Vašemu ošetřujícímu lékaři.

Jaký je důvod (indikace) tohoto výkonu:

Výsledek tohoto vyšetření je velmi důležitý pro další léčebný a diagnostický postup. Na jeho základě může lékař vyloučit jednu z možných příčin Vašich zdravotních obtíží, infekci virem HIV nebo v případě pozitivního nálezu Vás může doporučit do péče příslušných specialistů.

Jaké jsou možné komplikace a rizika:

Jedná se o běžný výkon a komplikace jsou minimální. Při odběru krve ze žíly je riziko vzniku hematomu („modřiny“) v místě vpichu, případně místní zarudnutí. Prasknutí cévy při odběru je zcela výjimečné.

Identifikační údaje pacienta(tky):

Příjmení:	Jméno:	Titul:	RČ:
-----------	--------	--------	-----

Identifikační údaje zákonného zástupce, opatrovníka:

Příjmení:	Jméno:	Titul:	RČ:
-----------	--------	--------	-----

Plánovaný výkon:

Vyšetření protilátek proti HIV

Vysvětlující pohovor provedl:

identifikace a podpis lékaře

Prohlašuji, že mi byl náležitě objasněn důvod, předpokládaný prospěch, způsob provedení, následky i možná rizika a komplikace plánovaného výkonu. Dále mi byly vysvětleny možné alternativy včetně jejich komplikací a zdravotní důsledky vyplývající z nepodstoupení plánovaného výkonu. Měl(a) jsem možnost zeptat se lékaře na všechno, co mě ve vztahu k plánovanému výkonu zajímá a obdržel(a) jsem vysvětlení, kterému jsem porozuměl(a). S provedením výše uvedeného výkonu souhlasím.

Dále prohlašuji, že jsem pravdivě informoval(a) ošetřujícího lékaře o dosavadním vývoji zdravotního stavu, včetně informací o infekčních nemocech, o zdravotních službách poskytovaných jinými poskytovateli, o užívání léčivých přípravků, včetně užívání návykových látek, a dalších skutečnostech podstatných pro poskytování zdravotních služeb a nezatajil(a) jsem žádné okolnosti svého zdravotního stavu, které jsou překážkou v provedení výkonu či mohou být v jakékoli souvislosti se vznikem komplikací.

Bylo mi podáno vysvětlení, že v případě výskytu neočekávaných komplikací vyžadujících neodkladné provedení dalších výkonů nutných k záchraně mého života nebo zdraví, budou tyto výkony provedeny.

V Ostravě dne: _____

 podpis pacienta(tky), zákonného zástupce,
 opatrovníka