

VYŠETŘENÍ PROTI LÁTEK PROTI HIV - INFORMOVANÝ SOUHLAS S VÝKONEM

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:

.....
razítko a podpis lékaře

Jméno a příjmení:

Dat. nar.

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.

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.

Dne:

.....
podpis pacienta/tky, zákonného zástupce, opatrovníka