

## INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTA

s poskytnutím zdravotních služeb a provedením zdravotních výkonů

Pacient:

identifikační štítek  
pacienta

**Druh výkonu: Vyšetření**

**anti-HIV-1,2+p24**

**HBsAg**

**anti-HCV**

**protilátky proti původci syfilis**

Informace pro pacienta:

Vážená pacientko, paciente,

bylo Vám navrženo provedení výše uvedeného zdravotního výkonu. Před vlastním výkonem s Vámi lékař/ka hovořil/a o účelu a možnostech provedení zákroku a seznámil/a Vás s možnými riziky a komplikacemi plánovaného výkonu, abyste se mohl/a rozhodnout a dát k provedení výkonu svůj souhlas.

**Účel, povaha, předpokládaný přínos zdravotního výkonu nebo služby:**

Vyšetření na přítomnost infekce:

- HIV-1 nebo HIV-2
- infekční žloutenky typu B, kontakt s původcem i v minulosti
- infekční žloutenky typu C, kontakt s původcem i v minulosti
- syfilis, kontakt s původcem i v minulosti
- Vyšetření se provádí na doporučení lékaře nebo na žádost pacienta.
- K vyšetření se odebrává jedna zkumavka, odběr provádí zdravotní sestra.
- Pokud bude v naší laboratoři zachycen reaktivní výsledek, bude krevní vzorek odeslán do národní referenční laboratoře ke konfirmačnímu vyšetření - k rozlišení, zda jde pozitivní, nebo falešně reaktivní výsledek.
- Při průkazu pozitivního výsledku na některou z uvedených infekcí budete odeslán k dalšímu vyšetření a ev. léčbě na specializované pracoviště. Výsledek bude zároveň oznámen spádovému pracovišti hygienické služby.
- Vyšetření uvedených infekcí podléhají anonymizovanému statistickému hlášení.

**Předpokládané důsledky a následky zdravotního výkonu nebo služby:**

- Objasnění, zda jste se s původcem vyšetřované infekce v minulosti setkal a tento kontakt nemůže být příčinou Vašich současných potíží.

- Při pozitivním výsledku další vyšetření a ev. léčba zjištěné infekce na specializovaném pracovišti.

**Možná rizika spojená se zdravotním výkonem nebo službou:**

- běžná rizika spojená s odběrem krve – krevní výron, krvácení z vpichu při nedostatečném stlačení místa vpichu, pokles krevního tlaku

**Informace, zda existuje jiná alternativa či více alternativ, kromě navržené zdravotní služby či výkonu, jaký je jejich možný přínos, důsledky a rizika a poučení o možnosti volby:**

Pro průkaz uvedených infekcí neexistuje jiný způsob než laboratorní vyšetření.

**Informace o možném omezení v obvyklém způsobu života, v pracovní schopnosti, zdravotní způsobilosti, po poskytnutí zdravotní služby nebo provedení zdravotního výkonu**

Po odběru krve nejsou třeba žádná omezení. V případě pozitivního výsledku vyplývají opatření z povahy a stadia infekce a stanovuje je lékař odborného pracoviště, které zajišťuje další péči

**Informace o léčebném režimu, preventivních opatřeních, která jsou vhodná, případně o potřebě poskytnutí dalších zdravotních služeb:**

Po odběru krve je třeba stlačovat místo vpichu 5-10 minut, aby zamezilo krvácení nebo vzniku hematomu.

**Prohlašuji,**

- že jsem byl poučen o svém právu klást otázky a svobodně se rozhodnout, zda s navrženou zdravotní službou či zdravotním výkonem souhlasím či nikoli,

- že jsem lékařům nezamlčel/a žádné mně známé informace o mém zdravotním stavu, které by mohly nepříznivě ovlivnit moji léčbu nebo ohrozit mé okolí, zejména rozšířením přenosné choroby,

- že jsem byl/a informován/a, že svůj souhlas s poskytnutím zdravotních služeb mohu odvolat. Byl/a jsem rovněž poučen/a, že odvolání není účinné, pokud již bylo započato provádění výkonu, jehož přerušení může způsobit vážné poškození mého zdraví nebo ohrožení mého života,

- že podaným informacím rozumím, nemám žádné další otázky, ani nejasnosti, a **vyslovuji svůj svobodný informovaný souhlas** s uvedenými zdravotními službami a výkony.

Podpis pacienta (zákonného zástupce):.....

Poznámky lékaře k rozhovoru s pacientem:.....

Podpis lékaře:.....