

Informovaný souhlas pacienta/ky s výkonem

ODBĚR KRVE K VYŠETŘENÍ PROTI LÁTEK PROTI HIV

Pacient (štítek)

Jméno a příjmení:.....

Rodné číslo:.....

Zákonný zástupce

Jméno a příjmení:.....Rodné číslo:.....

Vážená paní, vážený pane,

v předkládaném formuláři si přečtete informace o odběru krve k vyšetření protilátek proti HIV (human immunodeficiency virus – virus lidské imunodeficiency, který způsobuje chorobu AIDS). Pomohou Vám připravit se na rozhovor s lékařem, který Vás bude informovat o navrhovaném postupu, abyste se mohl(a) rozhodnout a dát souhlas k jeho provedení.

Co je odběr krve k vyšetření protilátek proti HIV:

Odběr malého množství krve k vyšetření protilátek proti HIV v laboratoři.

Jaký je důvod (indikace) tohoto výkonu:

Vyloučení, nebo potvrzení HIV infekce.

Jaký je režim pacienta před výkonem:

Odběr krve se provádí nalačno.

Jaký je postup při provádění výkonu:

Po desinfekci místa odběru je proveden jehlou odběr malého množství krve.

Jaké jsou možné komplikace a rizika:

Může dojít zcela ojediněle ke vzniku modřiny nebo zánětu žíly v místě vpichu jehly.

Jaký je režim pacienta po provedení výkonu:

Nejsou opatření.

Jaké jsou možné alternativy výkonu:

Nejsou alternativy.



Informovaný souhlas

Prohlašuji, že mi byl náležitě objasněn důvod, předpokládaný prospěch, způsob provedení, následky i možná rizika a komplikace plánovaného výkonu. Byly mi 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). Lékařem jsem byl(a) poučen(a) o možnosti svůj souhlas s navrženým postupem odvolat.

S provedením výše uvedeného výkonu souhlasím.

Datum:.....

Podpis pacienta nebo zákonného zástupce

Razítko oddělení, jméno, příjmení a podpis
ošetřujícího lékaře, který vysvětlující pohovor provedl

Pacient(ka) není schopen(a) podpisu. Svůj souhlas vyjádřil(a):
popište způsob:

Jméno, příjmení a podpis svědka

Razítko oddělení, jméno, příjmení a podpis lékaře