



Oddělení klinické hematologie  
FAKULTNÍ NEMOCNICE V MOTOLE  
V Úvalu 84, 155 00 Praha 5, IČ: 00064203

Identifikační štítek pacienta

## INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTA/ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE S VÝKONEM VENEPUNKCE

### 1. *Diagnóza, která vede k provedení zdravotního výkonu (zdůvodnění/indikace):*

•

### 2. *Informace o potřebném zdravotním výkonu (o jeho účelu, povaze, předpokládaném prospěchu a následcích):*

Venepunkce je léčebný výkon spočívající v odběru většího množství krve (350 – 500 ml) ze žíly do odběrového vaku za účelem snížení hustoty krve.

Výkon se provádí vsedě na odběrovém křesle. Po změření krevního tlaku a pulzu se zavede jehla odběrové soupravy do žíly pacienta, většinou v loketní jamce nebo na předloktí, a krev se nechá volně vytékat do vaku. Pacient je po celou dobu sledován zaškolenou sestrou a po ukončení odběru krve je mu opakovaně změřen krevní tlak a pulz. Vpich je ošetřen tamponkem a elastickým obinadlem. Odebraná krev se likviduje v souladu s platnými právními předpisy a vnitřní směrnici nemocnice, které upravují nakládání s biologickým materiálem.

### 3. *Rizika zdravotního výkonu mohou být zejména:*

- Mírný pokles krevního tlaku
- Mírný bolest nebo modřina v místě vpichu

### 4. *Alternativy zdravotního výkonu:*

- Nejsou žádná alternativní řešení.
- Následkem neprovedení výkonu může být v důsledku vysoké hustoty krve například vznik krevní sraženiny a uzávěr cévy v životně důležitých orgánech (na srdci, mozku).

### 5. *Údaje o možném omezení v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti po provedení příslušného zdravotního výkonu, lze-li takové omezení předpokládat; v případě možné nebo očekávané změny zdravotního stavu též údaje o změnách zdravotní způsobilosti:*

- *Předpokládaná doba hospitalizace:*  
výkon je ambulantní, nevyžaduje hospitalizaci
- *Předpokládaná doba trvání pracovní neschopnosti (předpokládaná doba, po kterou pacient nebude schopen vykonávat své studium):*  
nepředpokládá se vznik pracovní neschopnosti
- *Předpokládané omezení v běžném způsobu života:*  
žádná
- *Předpokládané změny zdravotní způsobilosti:*  
žádné

### 6. *Údaje o léčebném režimu a preventivních opatřeních, která jsou vhodná, a údaje o poskytnutí dalších zdravotních služeb (zdravotních výkonů):*

- doporučen zvýšený přísun tekutin, pravidelná kontrola krevního obrazu a krevního tlaku.

**Prohlášení lékaře:**

Prohlašuji, že jsem výše uvedeného pacienta/zákonného zástupce pacienta srozumitelným způsobem a v dostatečném rozsahu informoval/a o jeho zdravotním stavu/o zdravotním stavu osoby jím zastupované a o veškerých shora uvedených skutečnostech, o navrženém individuálním léčebném postupu a všech jeho změnách, včetně upozornění na možné komplikace. Pacient/zákonný zástupce pacienta byl seznámen s plánovaným způsobem anestézie (sedace), bude-li použita.

V Praze, dne.....20..... v.....hod.

.....  
**Podpis a jmenovka lékaře**

**Prohlášení a souhlas pacienta/zákonného zástupce pacienta:**

Já, níže podepsaný/á, prohlašuji, že jsem byl/a lékařem srozumitelně a v dostatečném rozsahu informován/a o svém zdravotním stavu/o zdravotním stavu osoby mnou zastupované a o veškerých shora uvedených skutečnostech. Údaje a poučení mi byly lékařem sděleny a vysvětleny, porozuměl/a jsem jím a měl/a jsem možnost klást doplňující otázky, které mi byly lékařem srozumitelně zodpovězeny.

Na základě poskytnutých informací a po vlastním zvážení souhlasím s provedením zdravotního výkonu/souhlasím s provedením výkonu u osoby mnou zastupované, případně s použitím uvedené anestezie (sedace), včetně provedení dalších zdravotních výkonů, pokud by jejich neprovedení bezprostředně ohrozilo můj život nebo zdraví/život nebo zdraví osoby mnou zastupované.

Současně také prohlašuji, že jsem lékařem sdělil/a všechny mně známé okolnosti, které by mohly zkomplikovat klidný průběh zdravotního výkonu (zejména užívané léky, alergie a všechna přidružená onemocnění).

Jsem si vědom/a, že tento svůj souhlas mohu kdykoliv odvolat.

**Pro zákonného zástupce pacienta:**

Jako zákonný zástupce nezletilého pacienta nebo pacienta s omezenou svéprávností prohlašuji, že veškeré shora uvedené informace byly poskytnuty rovněž tomuto pacientovi (za podmínky, je-li k tomu pacient přiměřeně rozumově a volně vyspělý). *Pokud pacientovi nebyly takové informace poskytnuty, uveďte se důvod jejich neposkytnutí:*

V Praze, dne.....20..... v.....hod.

.....  
**Podpis pacienta\* /zákonného zástupce**

**Identifikace zákonného zástupce:**

Jméno a příjmení: .....

Datum narození: ..... Vztah k pacientovi: .....

**Podpisová doložka svědka:**

.....  
 Důvod nepodepsání, nemůže-li se pacient podepsat

.....  
 Způsob, jakým pacient projevil vůli

.....  
 Jméno a příjmení svědka

.....  
 Podpis svědka

\* Nezletilému pacientovi lze zdravotní služby poskytnout na základě jeho souhlasu, jestliže je provedení takového úkonu přiměřeně jeho rozumové a volní vyspělosti odpovídající jeho věku. U pacienta s omezenou svéprávností se postupuje obdobně, nezohledňuje se však věk pacienta.