



Razítko pracoviště

Identifikační štítek pacienta

## INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTA/ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE S VÝKONEM ODBĚR KRVE NA STANOVENÍ PŘÍTOMNOSTI HIV RNA

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

- 

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

Odběr krve k vyšetření přítomnosti HIV RNA se provádí stejně jako každý jiný odběr žilní krve k laboratornímu vyšetření, potřebné množství krve je cca 5 ml. Výsledek tohoto vyšetření slouží pro rozvahu Vašeho ošetřujícího lékaře (lékaře osoby Vámi zastupované) nad Vaším zdravotním stavem a biologickými riziky (zdravotním stavem osoby Vámi zastupované), přiblížení se správné diagnóze a tudíž i správné léčbě.

Informace o Vaší osobě (osobě Vámi zastupované) a Vašem zdravotním stavu (zdravotním stavu osoby Vámi zastupované) jsou považovány za důvěrné a nebudou sděleny žádné nepovolané osobě. Požadavkový list k vyšetření je zaslán do laboratoře v zalepené obálce, výsledek vyšetření obdrží pouze Váš ošetřující lékař (lékař osoby Vámi zastupované), také v zalepené obálce. Vy sám (osoba Vámi zastupovaná) výsledek neobdržíte, bude Vám (osobě Vámi zastupované) sdělen ošetřujícím lékařem osobně.

### 3. Rizika zdravotního výkonu:

- Rizika jsou minimální, objevit se může zejména drobná modřinka v místě vpichu, event. lokální zarudnutí, či přechodně malá lokální bolestivost. Prasknutí žíly, po kterém se objeví větší modřina i větší místní bolestivost, je výjimečné.

### 4. Alternativy zdravotního výkonu:

- nejsou

### 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:

V případě positivity a následné confirmace tohoto vyšetření Vám bude doporučena léčba ve speciálním centru.

*Předpokládaná doba hospitalizace:* Odběr krve je prováděn ambulantně, nebo v rámci hospitalizace, tak samozřejmě jako součást diagnostického plánu.

*Předpokládaná doba trvání pracovní neschopnosti (předpokládaná doba, po kterou pacient nebude schopen vykonávat své studium):* Po ambulantním odběru krve odchází pacient z ordinace a není nijak omezen v činnosti.

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

Záleží na výsledku vyšetření, ale pokud je pacient ve zvýšeném riziku HIV infekce, tak by měl dodržovat zásady bezpečného sexu až do obdržení výsledku vyšetření.

**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 s tím spojenými riziky a o veškerých shora uvedených skutečnostech, o navrženém individuálním léčebném postupu a všech jeho změnách, včetně upozornění na možné komplikace.

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 jim 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, 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 můžu 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<sup>\*</sup> /zákonného zástupce**

**Identifikace zákonného zástupce:**

Jméno a příjmení: .....

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

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