



**OBLASTNÍ NEMOCNICE
PŘÍBRAM, a. s.**

Oblastní nemocnice Příbram, a.s.
Gen. R. Tesaříka 80, Příbram I, 261 01
IČO: 27085031, telefon: 318 641 111

INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTA / ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE S VYŠETŘENÍM PROTILÁTEK PROTI HIV

Oddělení:

Jméno a příjmení pacienta:

Datum narození:

Jméno a příjmení zákonného zástupce:

Datum narození:

Účel provedení výkonu /indikace:

- odběr krve na vyšetření protilátek proti HIV Vám doporučil ve vyšetřovacím a léčebném postupu lékař. Odběr se provádí pokaždé u žen v těhotenství, před některými plánovanými operacemi a dále při závažných zdravotních obtížích, aby lékař vyloučil toto onemocnění; v opačném případě, aby Vás doporučil do péče příslušných specialistů,
- odběr krve na vyšetření protilátek proti HIV je proveden na vlastní žádost klienta.

Provedení výkonu: Odběr krve se provádí ze žíly v množství 5 ml. Před vlastním vpichem se místo odběru dezinfikuje a zcela sterilním způsobem se odebere potřebné množství krve.

Možné komplikace/omezení: V místě vpichu se může objevit modřina, eventuálně lokální zarudnutí. Prasknutí cévy. Výjimečně se může také vyskytnout alergická reakce na dezinfekční látku nebo na náplast.

Alergická anamnéza:

Poučení: Není třeba se obávat prozrazení osobních dat, která jsou stejně jako výsledek vyšetření považována za důvěrná a nebudou sdělena žádné nepovolané osobě. Výsledek vyšetření obdrží pouze lékař, který vyšetření požadoval. V případě vyšetření na vlastní žádost si klient výsledek vyzvedne osobně.

Já níže podepsaný pacient / zákonný zástupce tímto prohlašuji,

že mě lékař náležitě a srozumitelně informoval a vysvětlil důvod lékařského výkonu, informoval mě o mé diagnóze a způsobu léčby a to takovým způsobem, který je podle mého soudu pro mě srozumitelný. Vysvětlení jsem plně pochopil/a a vzal/a na vědomí. Zároveň stvrzuji, že jsem podal/a pravdivé informace o svém zdravotním stavu. Nezamlčel/a jsem žádné skutečnosti, které by mohly mít vliv na způsob a provedení zákroku.

Informující lékař mě seznámil, že možné alternativy neexistují. Byl/a jsem též informován/a o možných rizicích a komplikacích tohoto výkonu. Dále mne informující lékař seznámil s předpokládanou úspěšností výkonu a byl/a jsem informován/a o možných problémech během uzdravování, i jaký vliv bude mít výkon na moji schopnost či další způsob života.

Rozumím informacím, které mi lékař poskytl. Měl/a jsem možnost klást lékaři doplňující dotazy a pokud tomu tak bylo, veškeré dotazy mi byly zodpovězeny a nemám další otázky.

Na základě tohoto poučení dávám **svůj plný informovaný souhlas** s uvedeným lékařským výkonem, což stvrzuji svým vlastnoručním podpisem.

Podpis pacienta / zák. zástupce pacienta: Datum:

Prohlašuji, že jsem pacienta / zákonného zástupce osobně informoval/a, poučil/a a podal/a mu náležité vysvětlení o skutečnostech uvedených v tomto písemném informovaném souhlasu a pacient / zákonný zástupce vyslovil svůj informovaný souhlas.

Jmenovka lékaře, datum a podpis: