Příjmení a jméno pacienta: …………………………………….........................................................................

Rodné číslo…………………………………bytem…………………………….…………………………

Vážená paní/vážený pane,

Na základě doporučení lékaře, vzhledem k Vašemu zdravotnímu stavu Vám bylo doporučeno vyšetření látek HIV (human immunodeficiency virus, který způsobuje chorobu AIDS).

Vyšetření protilátek proti HIV je odběr krve, který se provádí zcela identicky jako každý jiný odběr krve k laboratornímu vyšetření. Celkové množství odebrané krve je cca 2 ml. Při provádění vyšetření je dbáno na zachování mlčenlivosti zdravotnických pracovníků a údaje týkající se Vaší osoby jsou považovány za důvěrné, nemohou tedy být poskytnuty nepovolané osobě. Výsledek vyšetření je sdělován pouze Vašemu ošetřujícímu lékaři.

Důvodem tohoto výkonu je zjištění výsledku, který je důležitý pro další léčebný a diagnostický postup. Na základě tohoto výsledku může lékař vyloučit jednu z možných příčin Vašich zdravotních potíží, infekci virem HIV nebo v případě pozitivního nálezu Vás může doporučit k příslušnému specialistovi.

Jedná se o běžný výkon a komplikace jsou minimální. Při odběru krve z žíly je riziko vzniku hematomu („modřiny“) v místě vpichu, případně místní zarudnutí. Prsknutí cévy při odběru je zcela výjimečné.

**Prohlašuji, že mi byl náležitě objasněn důvod, předpokládaný prospěch, způsob provedení, následky i možná rizika a komplikace plánovaného výkonu. Dále mi byly vysvětleny možné alternativy včetně jejich komplikací a zdravotní důsledky vyplývající z nepodstoupení plánovaného výkonu. Měl(a) jsem možnost zeptat se lékaře na vše, co mě ve vztahu k plánovanému výkonu zajímá a obdržel(a) jsem vysvětlení, kterému jsem porozuměl(a). S provedením výše uvedeného výkonu souhlasím.**

**Bylo mi podáno vysvětlení, že v případě výskytu neočekávaných komplikací vyžadujících neodkladné provedení dalších výkonů nutných k záchraně mého života nebo zdraví, budou tyto výkony provedeny.**

**V Boskovicích dne:**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**vlastnoruční podpis pacienta**

**Podpis lékaře, který poučení provedl: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Podpis svědků poučení a souhlas pacienta, pokud pacient není schopen se vlastnoručně podepsat: (Vyplňuje se pouze tehdy, není-li pacient schopen se vlastnoručně podepsat, ať již z jakýchkoliv důvodů a souhlas byl udělen verbálně nebo nonverbálním nezpochybnitelným způsobem).

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_