



POUČENIE A INFORMOVANÝ SÚHLAS PACIENTA

ODBER KAPILÁRNEJ KRVI NA STANOVENIE C-REAKTÍVNEHO PROTEÍNU - CRP

Vážený pán / Vážená pani,

do rúk sa Vám dostávajú informácie o odbere kapilárnej krvi na stanovenie C-reaktívneho proteínu - CRP. Chceme, aby ste boli o tomto zdravotnom výkone náležite informovaný/á, nielen ústne, ale aj v písomnej forme.

Tento dokument je vypracovaný v zmysle zákona č. 576/2004 Z.z. o zdravotnej starostlivosti.

V prvom rade Vám chceme dať na vedomie, že Informovaný súhlas pre nás nie je iba Váš „podpis“, ale predstavuje vzájomnú, zrozumiteľnú komunikáciu medzi nami ako poskytovateľom zdravotnej starostlivosti a Vami ako pacientom/zákonným zástupcom pacienta. Prostredníctvom Informovaného súhlasu rozhoduje pacient o svojom zdraví, resp. zákonný zástupca o zdraví pacienta a určuje akými prostriedkami možno zasahovať do integrity pacienta. Naším cieľom je, aby zdravotná starostlivosť v každom ohľade rešpektovala osobnostné práva pacienta a v čo najmenšej miere do nich zasahovala.

Nasledujúce poučenie je napísané preto, aby Vám na základe informácií v ňom obsiahnutých umožnilo rozhodnúť sa, či súhlasíte s takouto formou prevencie. Súčasťou je písomný informovaný súhlas, ktorý sa nachádza na konci tohto poučenia.

Keďže informovaný súhlas je právny dokument, žiadame Vás, aby ste si ho pozorne prečítali. Ak po prečítaní a porozumení všetkých informácií, vrátane možných komplikácií, súhlasíte s podstúpením vyšetrenia, prosíme Vás, aby ste toto poučenie a informovaný súhlas podpísali.

V prípade, že niečomu nerozumiete, prípadne si želáte niečo prekonzultovať, nepodpisujte informovaný súhlas ihneď, ale až po konzultácii a vysvetlení zdravotníckym pracovníkom.

Tento dokument je rozdelený na dve časti:

1. Informácie týkajúce sa zdravotného výkonu (odber kapilárnej krvi na stanovenie C-reaktívneho proteínu - CRP)
2. Informované rozhodnutie pacienta

1. INFORMÁCIE O VÝKONE

Prosíme Vás, aby ste si nižšie uvedené informácie prečítali pozorne. **Pokiaľ niečomu nerozumiete alebo budete mať ďalšie otázky, neváhajte sa s nimi na nás obrátiť.** Cieľom informácií nie je podať vyčerpávajúci vedecký/odborný opis odberu kapilárnej krvi na stanovenie C-reaktívneho proteínu - CRP, ale zrozumiteľným spôsobom informovať o základných znakoch, dôvode pre realizáciu, rizikách, možných následkoch a alternatívnych postupoch.

A) ÚČEL VÝKONU

Odber kapilárnej krvi je medicínsky výkon, pri ktorom sa odoberá malé množstvo krvi z bruška prstu, kde sú pod kožným krytom prítomné najdrobnejšie cievy - kapiláry. CRP predstavuje skratku pre C-reaktívny proteín. CRP je biochemickým ukazovateľom, ktorého hodnota informuje lekára o prítomnosti zápalovej reakcie organizmu u pacienta. Cieľom odberu kapilárnej krvi na stanovenie CRP je orientačne identifikovať prítomnosť a závažnosť zápalovej reakcie organizmu u pacienta. Odber kapilárnej krvi predstavuje minimálne invazívny spôsob odberu krvi z dobre prístupnej časti tela - bruška prstu. Tým pádom je možné bez väčšieho zásahu do integrity tela pacienta zhodnotiť prítomnosť zápalovej reakcie organizmu u konkrétneho pacienta. Hodnoty CRP sa pri odbere kapilárnej krvi vyhodnocujú priamo v ambulancii prostredníctvom certifikovaného CRP prístroja na to určeného. Tento výkon preto umožňuje lekárovi rýchle získanie informácií o prítomnosti zápalovej reakcie v organizme pacienta, čo sa dá okamžite uplatniť v rozhodovacom procese lekára o liečbe konkrétneho pacienta.

B) SPÔSOB A POSTUP VYKONANIA VÝKONU

Výkon odberu kapilárnej krvi na stanovenie CRP je možné rozdeliť na dve časti:

- odber kapilárnej krvi z bruška prsta s následným ošetrením rany a
- analyzovanie odobratej krvi certifikovaným CRP prístrojom na to určeným.

Odber kapilárnej krvi z bruška prsta s následným ošetrením rany: Bruško prsta sa vydezinfikuje lokálnym dezinfekčným prostriedkom na kúsok gázy. Po dezinfekcii bruška prsta sa pichne do bruška prsta sterilnou ihlou alebo lancetou zariadenia s vymeniteľnými špičkami (napr. diabetickým perom). Po vpichu sa do špeciálnej skúmavky tzv. kapiláry (tenkej trubičky) nasaje krv z bruška prsta. Po vykonaní odberu krvi z bruška prsta sa bruško prsta ošetrí suchou gázou, ktorá sa pridrží na prste pacienta až do zastavenia prípadného krvácania. Následne sa krv analyzuje pomocou CRP prístroja.

Analýza odobratej krvi certifikovaným CRP prístrojom na to určeným: Odobratá krv sa z kapiláry uvoľní do roztoku - média, ktoré je používané v závislosti od typu CRP prístroja. Krv sa s médiom a rozpustí sa v ňom. Táto zmes sa potom ako celok vyšetruje CRP prístrojom, ktorý po vyhodnotení vzorky krvi poskytne výsledok preukazujúci prítomnosť/neprítomnosť zápalovej reakcie organizmu u pacienta. Vzorku krvi vyhodnocuje CRP prístroj rádovo v minútach, obvykle do cca 5 minút.

Prehlasujem, že som bol poučený/bola poučená, a že rozumiem informáciám uvedeným v tomto dokumente.

Dňa:

Podpis:

Tento dokument na portáli mediPRAVNIK.sk zakúpil: Slušná ambulancia, s. r. o., Špitálska 13, Nitra, 949 01, IČO: 45633410

Výsledkom tohto vyšetrenia je **rýchle stanovenie hodnoty CRP, ktoré informuje lekára o prítomnosti a intenzite zápalovej reakcie organizmu u pacienta.** Jedná sa o pomocné laboratórne vyšetrenie, ktoré napomáha v rozhodovaní o ďalšom postupe lekára vo vzťahu ku konkrétnemu pacientovi. Vedie lekára k odporúčaniam ohľadom voľby vhodného medicínskeho postupu a prípadnej liečby pacienta. Napomáha pri rozhodovaní o potrebe antibiotickej liečby, upozorňuje na prítomnosť skrytého zápalu infekčnej príčiny, ako aj neinfekčnej príčiny (napr. reumatologické, neurologické ochorenia a pod.).

C) KONTRAINDIKÁCIE PRE VYKONANIE VÝKONU

Nie sú známe.

D) ODPORÚČANIA PRED VÝKONOM A PO VÝKONE

Odporúčania pred výkonom: Nie sú žiadne špeciálne odporúčania pred týmto výkonom. Výkon je možné realizovať aj keď pacient nie je nalačno.

Odporúčania po výkone: Vzhľadom k tomu, že odber kapilárnej krvi na stanovenie CRP predstavuje minimálne invazívny výkon a vzhľadom k tomu, že počas realizácie výkonu a po ňom dohliada lekár, aby nedošlo k ďalšiemu krvácaniu z bruška prsta, nie sú žiadne špeciálne odporúčania, čomu by sa mal pacient vyhnúť po výkone.

E) MOŽNÉ RIZIKÁ SÚVISIACE S VÝKONOM

S výkonom môžu byť spojené nasledovné reakcie po jeho realizácii:

- bolesť bruška prsta okolo miesta vpichu,
- citlivosť miesta vpichu,
- krvácanie z miesta vpichu,
- lokálna zápalová reakcia.

F) RIZIKÁ ODMIETNUTIA VÝKONU

Odber kapilárnej krvi na stanovenie CRP predstavuje rýchlu laboratórnu metódu na zistenie prítomnosti zápalovej reakcie organizmu u pacienta, prostredníctvom ktorej je možné priamo v ambulancii lekára odhaliť a zistiť predstavu o tom, či sa v tele pacienta nachádza „zápal“ alebo nie. V prípade odmietnutia tohto výkonu môže dôjsť k oneskorenému stanoveniu diagnózy a k nesprávnemu nastaveniu liečby a ďalšieho postupu vo vzťahu ku konkrétnemu pacientovi.

G) ALTERNATÍVY VÝKONU

Alternatívou k danému výkonu je odber krvi zo žily za účelom laboratórnej biochemickej analýzy odoberatej krvi. Odber krvi zo žily však v porovnaní s odberom kapilárnej krvi predstavuje invazívnejší výkon pre určenie prítomnosti zápalovej reakcie organizmu u pacienta. S odberom krvi zo žily je spojených viacero možných komplikácií, ako sú:

1. zalomenie ihly,
2. opakovanie vpichu,
3. infekcia vpichu, zvýšená telesná teplota,
4. bolesť v mieste odberu krvi,
5. prepichnutie žily, flebitída – zápal žily, tromboflebitída – zápal žily s tvorbou krvnej zrazeniny,
6. hematóm – krvný výron,
7. nabodnutie nervu, artérie,
8. vzduchová embólia,
9. kolaps (prechodná strata vedomia).

Vážený pán/Vážená pani,

táto naša dôkladná a dúfame, že zrozumiteľná informácia isto nemôže byť úplne vyčerpávajúca a nemusí plne zodpovedať Vaše otázky. Pýtajte sa nás preto na všetko, čo Vás vo vzťahu k Vášmu zdravotnému stavu a odporúčanej zdravotnej starostlivosti zaujíma. **Prosím, pýtajte sa na všetko, čo sa Vám zdá dôležité!**

Prehlasujem, že som bol poučený/bola poučená, a že rozumiem informáciám uvedeným v tomto dokumente.

Dňa:

Podpis:

Tento dokument na portáli mediPRAVNIK.sk zakúpil: Slušná ambulancia, s. r. o., Špitálska 13, Nitra, 949 01, IČO: 45633410

2. Informované rozhodnutie pacienta s odberom kapilárnej krvi na stanovenie C-reaktívneho proteínu - CRP (ďalej ako „výkon“)

Pacient 1:

Meno a priezvisko:

Rodné číslo:

Poskytovateľ zdravotnej starostlivosti (tiež ako „ambulancia“) 2:

Názov: *Slušná Ambulancia, s. r. o.*

Sídlo: *Špitálska 13, 949 01 Nitra*

IČO: *456 334 70*

Tel./ E-mail: dostupné na webe ambulancie

1) VYHLÁSENIE PACIENTA (ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCU)

Ja ako pacient svojím podpisom **potvrdzujem, že som bol/a pred udelením informovaného súhlasu plne poučený/a** (zrozumiteľne, bez nátlaku a v dostatočnom časovom predstihu) v rozsahu uvedenom v písomnom vyhotovení poučenia a to najmä:

- o povahe môjho ochorenia, o dôvode, účele, spôsobe a možnostiach zdravotnej starostlivosti, ktorá mi má byť poskytnutá, vrátane diagnostických a liečebných postupov,
- o povahe navrhovaného výkonu, dôvodoch pre jeho vykonanie, ako aj o iných dostupných možnostiach jeho realizácie,
- o rizikách spojených s realizovaním výkonu, ako aj o riziku pre moje zdravie, ak navrhovaný výkon odmietnem,
- o tom ako mám postupovať po výkone a o ďalšom liečebnom režime,
- (v prípade ak je s výkonom spojené podanie lieku, či používanie lieku v domácom prostredí pacienta) o obsahu príbalového letáku lieku a o možných nežiadúcich účinkoch a podmienkach pre podanie/užívanie lieku,
- (v prípade ak je s výkonom spojené použitie zdravotníckej pomôcky) o spôsobe fungovania zdravotníckej pomôcky a možných rizikách spojených s jej použitím.

Svojím podpisom vyhlasujem, že:

- dokážem čítať a písať,
- ošetrojúci lekár mi okrem poučenia pred výkonom dal možnosť sa s poučením o výkone oboznámiť vopred v dostatočnom predstihu a to tak, že som mal možnosť si prečítať poučenie na webe ambulancie a tiež v tlačenej forme v čakárni ambulancie,
- pred výkonom som mal možnosť vysvetliť svoj zdravotný problém a mal som možnosť klásť doplňujúce otázky a na všetky mi bolo zrozumiteľne odpovedané,
- v danej veci nemám žiadne ďalšie otázky a bol mi poskytnutý dostatočný čas na rozhodnutie či výkon podstúpim,
- som nezatajil/a žiadne ochorenie, ktoré má súvis s výkonom, pre ktoré som sa v minulosti liečil/a, prípadne, ktoré mi bolo v minulosti diagnostikované. Beriem na vedomie, že zatajenie údajov o mojom zdravotnom stave môže mať priame alebo nepriame dôsledky na zvýšenie rizika spojeného s výkonom. Mojou anamnézou (súbor informácií o mojom zdravotnom stave), z ktorej lekár pred výkonom vychádza, sa považuje rozsah informácií v písomnej zdravotnej dokumentácii v ambulancii v čase podpisu tohto dokumentu,
- som rozumel otázkam, ktoré mi lekár pred výkonom položil,
- užívam len tieto lieky/výživové doplnky a bol som v posledných 6 mesiacoch očakovaný touto vakcínou (doplniť; pokiaľ ostane prázdne má sa za to, že pacient neoznámil lekárovi, že užíva nejaké lieky, alebo že bol očakovaný) 3:
- netrpím žiadnymi alergiami okrem týchto (doplniť; pokiaľ ostane prázdne má sa za to, že pacient neoznámil lekárovi, že trpí alergiami) 4:

- bol som poučený, že v prípade nezlepšenia môjho zdravotného stavu, alebo pri prejavení sa rizík spojených s výkonom mám bezodkladne kontaktovať ambulanciu,
- som oboznámený so všeobecnými zmluvnými podmienkami ambulancie, pravidlami spracovania mojich osobných údajov a právami s tým spojenými a všetkým týmto informáciám rozumiem,
- som poučený o cenníku poskytovateľa v prípade ak je s výkonom spojená aj platba z mojej strany, tak s touto platbou súhlasím,
- súčasťou formuláru poučenia a informovaného rozhodnutia je aj podpisový list týkajúci sa mojich budúcich rozhodnutí vo vzťahu k prípadnej budúcej potrebe opätovnej realizácie výkonu.

2) V PRÍPADE VÝKONU U NESPOSOBILÉHO PACIENTA

Vyhlásenie nespôsobilého pacienta: Týmto potvrdzujem, že mi poskytovateľ zdravotnej starostlivosti sohľadom na môj vek a rozumovú vyspelosť vysvetlil všetky podstatné otázky týkajúce sa výkonu a vyjadrujem s ním:

(správne zakrúžkovať a nesprávne preškrtnúť) 5

• súhlas

• nesúhlas

Vyhlásenie zákonného zástupcu: Týmto vyhlasujem, že som zákonným zástupcom nespôsobilého pacienta a že neexistuje žiadna právna prekážka ktomu, aby som za nespôsobilého pacienta udelil informovaný súhlas k výkonu. Vyhlasujem, že som bol pred udelením súhlasu poučený.

3) ROZHODNUTIE PACIENTA

Ja, pacient (správne zakrúžkovať a nesprávne preškrtnúť) 6

• Udeľujem informovaný súhlas

• Neudeľujem súhlas (s vedomím všetkých rizík uvedených v poučení)

ambulancii na realizovanie výkonu. V prípade udelenia súhlasu tento pokrýva aj všetky ďalšie nevyhnutné postupy/čiasťkové zákroky, pokiaľ si ich vyžiada situácia počas realizovania výkonu a pokiaľ budú nevyhnutné pre zamedzenie vzniku škody na mojom zdraví.

Dátum (poučenia a rozhodnutia pacienta) 7:

Miesto podpisu: miesto prevádzky ambulancie

Podpis pacienta/zákonného zástupcu (potvrdzujem rozhodnutie vyznačené vyššie) 8

Poučenie pred udelením súhlasu poskytol 9

SLUŠNÁ AMBULANCIA, s. r. o.
Špitálska 13, 949 01 Nitra
IČO: 45 633 410 DIČ: 2023077738
Pečiatka poskytovateľa a podpis ošetrojúceho lekára
Tel. E.: 424 57 694 225

Pozn.: Kompletne písomné poučenie a toto informované rozhodnutie pacienta s výkonom bude založené do zdravotnej dokumentácie pacienta. V prípade ďalšej realizácie tohto istého výkonu, bude informované rozhodnutie pacienta s výkonom zaznamenané v Podpisovom liste pre zaznamenanie realizovania poučenia o výkone a o rozhodnutí pacienta, či výkon podstúpi, ktorý bude tiež založený v zdravotnej dokumentácii pacienta