



POUČENIE A INFORMOVANÝ SÚHLAS PACIENTA

ODBER ŽILOVEJ KRVÍ

Vážený pacient/Vážená pacientka,

bol Vám odporučený odber žilovej (venózne) krvi za účelom vyšetrenia Vášho zdravotného stavu. Dovoľujeme si Vám preto poskytnúť informácie, ktoré Vám rozšíria vedomosti o plánovanom vyšetrení.

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/kou. Prostredníctvom Informovaného súhlasu rozhodujete o svojom zdraví a určujete akými prostriedkami môžeme zasahovať do Vašej integrity. Naším cieľom je, aby zdravotná starostlivosť v každom ohľade rešpektovala Vaše osobnostné práva 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 takouto formou vyšetrenia. Súčasťou je písomný informovaný súhlas, ktorý sa nachádza na konci tohto poučenia.

Kedže 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 žilovej krvi)
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 vedecký/odborný opis (odberu žilovej krvi), ale zrozumiteľným spôsobom informovať o základných znakoch, dôvode pre realizáciu, rizikách, možných následkoch a alternatívnych postupoch.

A) ČO JE TO ODBER ŽILOVEJ KRVÍ

Odber krvi je výkon, pri ktorom sa po napichnutí žily odoberie požadované množstvo krvi, ktorá je určená na vyšetrenie biochemické, hematologické alebo sérologické, podľa požiadaviek ošetrojúceho lekára. V súčasnosti sa odbery už takmer výlučne robia zo žilovej krvi do špeciálnych jednorazových vákuových skúmaviek. Odber krvi sa realizuje na odporúčenie ošetrojúceho lekára. Odber vykonáva poverená zdravotná sestra, prípadne lekár sám, hlavne v prípade detí.

B) DÔVODY ODBERU ŽILOVEJ KRVÍ A JEHO ÚČEL

Cieľom vyšetrenia je získať **rozbor krvi**. Z vyšetrenia takto odobratej krvi vieme zistiť príčinu Vašich ťažkostí a určiť ďalšiu liečbu, skontrolovať účinok liečby, vyhľadať rizikové faktory rôznych ochorení a pod.

2.

C) SPÔSOBY VYKONANIA ODBERU ŽILOVEJ KRVÍ A JEHO ROZSAH

Pred samotným odberom krvi Vám hornú končatinu nad miestom odberu krátko stiahneme elastickým ovíadlom, ktoré po napichnutí žily uvoľníme. Odber sa vykonáva sterilnou ihlou, po dezinfekcii kože spravidla z jedného vpichu. Môžu nastať situácie, kedy bude potrebné, aby sme vpich opakovali. Miesto odberu je najčastejšie v oblasti lakťovej jamky, prípadne z oblasti predlaktia a chrbta ruky. U dojčiat sa odber realizuje zo žily na hlave. **Nevhodná na odber** je ruka s lymfédómom (opuchom), hematómom – krvnou podliatinou „modrinou“, veľkou jazvou a ruka so zavedenou infúziou. Odber sa robí väčšinou ráno na lačno u sediaceho, prípadne ležiaceho pacienta. Polohu v ľahu uprednostňujeme u pacientov, u ktorých sa v minulosti prejavila nevoľnosť, prípadne prechodná strata vedomia (kolaps).

D) KONTRAINDIKÁCIE PRE REALIZÁCIU VÝKONU

Nie sú známe.

E) MOŽNÉ RIZIKÁ SÚVISIACE S ODBEROM ŽILOVEJ KRVÍ

Pri odbere krvi môže dôjsť k týmto komplikáciám:

1. zalomenie ihly
- 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

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

Dňa:

Podpis:

6. hematóm – krvný výron
7. nabodnutie nervu, artérie
8. vzduchová embólia
9. kolaps (prechodná strata vedomia)

F) ALTERNATÍVY PLÁNOVANÉHO ODBERU ŽILOVEJ KRVÍ

Alternatívy vyšetrenia: v prípade vyšetrenia krvného obrazu, glykémie, stanovenie krvných plynov je možný odber kapilárnej krvi z prsta. Všetky ostatné vyšetrenia je potrebné realizovať zo žilovej krvi, neexistuje alternatívne vyšetrenie.

G) STAROSTLIVOSŤ PO VYŠETRENÍ

Po odbere je potrebné pritlačenie miesta vpichu na niekoľko minút a šetrenie končatiny, z ktorej bol realizovaný odber.

H) RIZIKÁ ODMIETNUTIA VYŠETRENIA

Pacient berie na vedomie riziká a komplikácie vyplývajúce z nepodstúpenia odberu. Tieto riziká a možné komplikácie závisia od základného ochorenia alebo podozrenia na ochorenie, pre ktoré bol odber odporučený. V prípade, ak sa príčina Vašich ťažkostí sa neodhalí včas, bráni to včasnej liečbe Vášho ochorenia, čo v konečnom dôsledku môže viesť ku rôznym komplikáciám prípadne aj k úmrtiu. V prípade odmietnutia odberu krvi v rámci preventívnej prehliadky pacient berie na vedomie, že vedome bráni vyhľadávaniu zdravotných rizík a tým vytvoreniu celkového obrazu o svojom zdravotnom stave.

Vážený pacient/Vážená pacientka,

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 žilovej krvi (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: *45633410*

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 očkovaný touto vakcínou (doplniť; pokiaľ ostane prázdne má sa za to, že pacient neoznámil lekárovi, že užíva nejaké lieky, alebo že bol očkovaný) 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 sohládom 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 k tomu, 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 2:

SLUŠNÁ AMBULANCIA, s. r. o.

Špitálska 13, 949 01 Nitra

IČO: 45.633.410 DIČ: 2023077738

Tel. č. +421 37 694 225

Pečiatka poskytovateľa a podpis ošetrojúceho lekára

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.