VŠEOBECNÁ FAKULTNÍ NEMOCNICE V PRAZE
U Nemocnice 499/2, 128 08 Praha 2 | IČ: 00064165, tel.: 224 961 111

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno a příjmení: **r. č.:**
Zákonný zástupce pacienta (jméno, příjmení):
Označení zdravotního výkonu (popřípadě několika výkonů): **MANTOUX TEST II – KOŽNÍ APLIKACE LIDSKÉHO LÉČIVÉHO PŘÍPRAVKU TUBERCULIN**
Účel, povaha, předpokládaný prospěch, následky a možná rizika zdravotního výkonu: Tento test slouží k diagnostice latentní (skryté) formy tuberkulózy. U některých pacientů se může objevit lehké svědění v místě vpichu.
Jiné možnosti, jejich vhodnost, přínosy a rizika: Jiné možnosti nejsou.
Zdravotní výkon bude probíhat takto: Do kůže na hřbetní straně levého předloktí vám bude injekčně aplikován lidský léčivý přípravek Tuberculin. V místě vpichu se po aplikaci objeví bílý (tzv. anemický) pupenec. Odečet případné kožní reakce se provádí za 72 hodin po aplikaci. Hodnotí se pouze vyvýšenina (tzv. indurace).
Omezení a doporučení ve způsobu života s ohledem na zdravotní stav a případné změny zdravotní způsobilosti po provedení uvedeného zdravotního výkonu: Doporučujeme nevystavovat se po aplikaci slunečnímu záření. Místo vpichu neškrábejte. Jiná omezení nejsou.
Další potřebná léčba: Žádná
Prohlašuji, že lékař, který mi poskytl poučení, mi osobně vysvětlil vše, co je obsahem tohoto písemného informovaného souhlasu a měl/a jsem možnost klást mu otázky, na které mi řádně odpověděl. Prohlašuji, že jsem shora uvedenému poučení a informacím plně porozuměl/a a výslovně souhlasím s provedením tohoto zdravotního výkonu: V případě, že pacient je **nezletilý/á nebo s omezenou svéprávností** a je přiměřeně rozumově a volně vyspělý/á: **Prohlašuji, že jsem byl/a poučen/a v rozsahu, který je uveden výše.** Pokud pacientovi nebyly takové údaje poskytnuty, uvede se důvod jejich neposkytnutí:

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno a příjmení:	**r. č.:**
V Praze dne ..... podpis pacienta / zákonného zástupce ..... podpis nezletilého pacienta / pacienta s omezenou svéprávností	..... jméno, příjmení a podpis lékaře
Pokud pacient / zákonný zástupce se nemůže s ohledem na svůj zdravotní stav podepsat: Důvod, pro něž pacient / zákonný zástupce není schopen/a se podepsat: Způsob, jak pacient / zákonný zástupce projevil/a svou vůli: ..... jméno, příjmení a podpis svědka	

Tento formulář je k dispozici také přímo v NIS.