



VŠEOBECNÁ FAKULTNÍ NEMOCNICE V PRAZE

U Nemocnice 499/2, 128 08 Praha 2, IČ: 00064165, tel.: 224 961 111

Klinika pediatrie a dědičných poruch metabolismu – Diagnostické laboratoře DPM

Ke Karlovu 455/2, 128 08 Praha 2

Informovaný souhlas s odběrem krve pro kontrolu laboratorního vyšetření jiného pacienta

Název vyšetření:.....

Chtěli bychom Vás tímto požádat, zda bychom v rámci krevního odběru mohli získat vzorek Vaší krve, který by sloužil jako kontrola pro výše uvedené laboratorní vyšetření. Pro spolehlivou interpretaci toho vyšetření je nezbytné analyzovat vzorek pacienta společně se vzorkem osoby, která netrpí daným onemocněním a není s pacientem příbuzná. Takový vzorek nepříbuzné osoby (v tomto případě Váš vzorek krve) slouží jako kontrola celého vyšetřovacího procesu a jeho přítomnost je pro tento druh vyšetření nezbytná.

Kontrolní vzorek (..... ml žilní krve) bude odebrán při standardním odběru krve, který u Vás bude

proveden za účelem

Vzorek bude v laboratoři zpracováván anonymně současně se vzorkem pacienta a bude použit pouze jednou a nebude za žádnými jinými účely uchovávan. Laboratorní vyšetření může i ve Vašem vzorku zjistit hodnoty odlišné od běžného rozmezí, pravděpodobnost takového nálezu je však velmi malá. V případě, že by k němu došlo, budete kontaktován/a Vaším ošetřujícím lékařem s návrhem dalšího postupu.

Jestliže souhlasíte s odběrem krevního vzorku ke kontrole laboratorního vyšetření, bude Váš souhlas písemně zaznamenán. Pokud nesouhlasíte s odběrem krevního vzorku ke kontrole laboratorního vyšetření, toto rozhodnutí žádným způsobem neovlivní zdravotní péči, která je Vám poskytována.

Jméno a příjmení vyšetřovaného:.....

Rodné číslo vyšetřovaného.....

Lékař, který provedl poučení:

Prohlašuji, že lékař, který mi poskytl poučení, mi osobně vysvětlil vše, co je obsahem tohoto písemného informovaného souhlasu a měl jsem možnost klást mu otázky, na které mi řádně odpověděl. Shora uvedenému poučení a informacím jsem plně porozuměl.

Na základě tohoto poučení prohlašuji, že dávám dobrovolně souhlas s odběrem vzorku žilní krve, který bude použit jako kontrola vzorku nepříbuzné osoby k výše uvedenému laboratornímu vyšetření.

V Praze dne:

.....
Podpis vyšetřovaného (zákonného zástupce)

.....
Podpis lékaře

Jméno zákonného zástupce:..... Rodné číslo:.....

Vztah k vyšetřované osobě:.....