

INFORMOVANÝ SÚHLAS S POSKYTNUTÍM ZDRAVOTNEJ SLUŽBY

A) POSKYTOVATEĽ ZDRAVOTNEJ SLUŽBY:

Klinika impedančnej terapie s. r. o.

so sídlom Karpatská 3256/15, Poprad 058 01

IČO: 51338459

zapísaná v: Obchodný register Okresného súdu Bratislava I., oddiel: Sro, vložka č. 126148/B

e-mail: kitklinika@gmail.com

Prevádzka: Šancová 110, 831 04 Bratislava - Neurologické a fyzioterapeutické SVALZ-y

B) PACIENT:

Meno a priezvisko: _____

Rodné číslo (/dátum narodenia, pokiaľ nebolo pridelené): _____

Bydlisko: _____

C) ZÁKONNÝ ZÁSTUPCA/OPATROVNÍK PACIENTA:

Meno a priezvisko: _____

Dátum narodenia: _____

Bydlisko: _____

Vzťah k pacientovi: _____

D) INFORMÁCIE O POSKYTOVANEJ ZDRAVOTNEJ SLUŽBE:

Označenie zdravotnej služby:

MERANIE KRVNÉHO LAKTÁTU Z KAPILÁRNEJ KRVI

(ďalej „Zdravotná služba“)

Účel, povaha a predpokladaný prínos Zdravotnej služby:

- Zdravotná služba sa vykonáva z dôvodov diagnostických, pretože hladina krvného laktátu podáva obraz o metabolickej aktivite pacienta, a teda aj o jeho celkovom zdravotnom stave. To je zároveň prínosom tejto Zdravotnej služby.
- V rámci Zdravotnej služby dôjde k odberu kvapky krvi pacienta z ľubovoľného prsta ruky pacienta a jej umiestnenie na odberný pásik prístroja určeného na meranie hladiny laktátu, z ktorého následne dôjde k odčítaniu výsledku merania. K odberu krvi dochádza prepichnutím kože pacienta sterilnou lancetou, pričom miesto vpichu je neskôr ošetrené dezinfekčným prostriedkom a zakryté suchou gázou, v prípade dlhšieho krvácania je prelepené náplastou. Zdravotná služba sa vykonáva bez anestézie.
- Zdravotnú službu nie je možné vykonať na prste, ktorého bruško je poranené alebo postihnuté kožnou infekciou. Zdravotnú službu tiež nie je možné vykonať, ak pacient trpí hemofíliou.
- Zdravotná služba sa vykonáva samostatne alebo vo vzťahu k meraniu vodivosti (impedancii) kožného povrchu pacienta, pričom v takom prípade sa Zdravotná služba opakuje pred a po meraní vodivosti, prípadne po ukončení masáže zo strany fyzioterapeuta.
- Z diagnostických dôvodov môže byť pri poskytnutí Zdravotnej služby prístupné k testovaniu výkonnosti pacienta, a to aerobnému (realizuje sa pohybová aktivita pacienta na stacionárnom bicykli

alebo bežiacom páse) alebo anaeróbnemu (realizuje sa cvičením s pacientom na lôžku alebo na žinke). Pacient má v oboch prípadoch na sebe umiestnený hrudný pás, ktorý sníma jeho srdcovú frekvenciu. Testovanie výkonnosti pacienta sa nevykonáva, ak pokojová srdcová frekvencia srdca pacienta presahuje 95 tepov za minútu, pacient má teplotu 37 °C a vyššie, pacient má žalúdočné ťažkosti spojené s pocitom na vracanie alebo ak pacient trpí závratmi, ktoré znemožňujú pacientovi vykonávať akúkoľvek pohybovú aktivitu.

Predpokladané dôsledky Zdravotnej služby:

- S poskytnutím Zdravotnej služby nie sú spojené žiadne predpokladané dôsledky majúce vplyv na zdravotný stav pacienta.

Možné riziká spojené so Zdravotnou službou:

- U citlivejších pacientov môže Zdravotná služba vyvolať silnejší bolestivý podnet. Pohľad na krv tiež môže vyvolať nevoľnosť, preto sa výkon vykonáva v sede alebo v ľahu. Zriedkavo sa tiež môže v mieste vpichu objaviť podráždenie kože aj po niekoľkých hodinách.
- Pokiaľ pacient trpí hemofiliou a táto skutočnosť nie je pacientovi ani lekárovi známa, môže mať poskytnutie Zdravotnej služby za následok dlhšie krvácanie z miesta vpichu.
- Pokiaľ je poskytnutie Zdravotnej služby sprevádzané aeróbnym testovaním výkonnosti pacienta, je pacient cvičením uvedený do vyššej tepovej frekvencie, čo môže u citlivých či oslabených pacientov spôsobiť nevoľnosť alebo únavu. V takom prípade je pacient uvedený do relaxačnej polohy a počká sa na stabilizáciu jeho tepovej frekvencie. Pokiaľ dôjde k takej reakcii opakovane, testovanie sa preruší.

Informácia, či existuje iná alternatíva či viacerých alternatív, okrem navrhutej Zdravotnej služby, ich vhodnosti, prínosov a rizík pre pacienta a poučenie o možnosti voľby:

- Alternatívy Zdravotnej služby nie sú.

Informácie o možnom obmedzení v spôsobe života po poskytnutí Zdravotnej služby a súvisiace odporúčania:

- Po vykonaní Zdravotnej služby nie je pacient akokoľvek obmedzený v spôsobe života.
- V prípade pretrvávajúceho krvácania z miesta vpichu odporúčame túto skutočnosť zohľadniť pri manipulácii s prstom, z ktorého došlo k odberu krvi.

Informácia o liečebnom režime, preventívnych opatreniach, ktoré sú vhodné, prípadne o potrebe poskytnutia ďalších zdravotných služieb:

- Po vykonaní Zdravotnej služby nie je vyžadovaná hospitalizácia pacienta ani dodržiavanie liečebného režimu alebo preventívnych opatrení zo strany pacienta.

E) PREHLÁSENIE PACIENTA:

- *prosíme o zaškrtnutie príslušného poľa pod ňa toho, či súhlasíte alebo nie*
- *v prípade, že súhlas udeľuje zákonný zástupca/opatrovník pacienta, vzťahujú sa tieto vyhlásenia k zdravotnému stavu pacienta*

Ja, pacient (zákonný zástupca/opatrovník), **prehlasujem, že:**

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. som bol zo strany zdravotníckeho pracovníka zrozumiteľným spôsobom v dostatočnom rozsahu informovaný o mojom zdravotnom stave a o navrhnutom individuálnom liečebnom postupe a všetkých jeho zmenách, keď mi boli oznámené informácie o: | ÁNO | NIE |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • príčine a pôvode mojej choroby, pokiaľ sú známe, jej štádiu a predpokladanom vývoji, | | |
| • Zdravotnej službe v rozsahu uvedenom v tomto informovanom súhlase; | | |
| 2. mi zdravotnícky pracovník osobne vysvetlil všetko, čo je obsahom tohto záznamu o informovanom súhlase a zároveň som: | ÁNO | NIE |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • bol poučený o mojom práve slobodne sa rozhodnúť, či s navrhnutou Zdravotnou službou a postupe pri jej poskytovaní súhlasím alebo nie, | | |

- mohol klásť zdravotníckemu pracovníkovi doplňujúce otázky týkajúce sa môjho zdravotného stavu a navrhovanej Zdravotnej služby a všetky moje otázky, ak som ich vzniesol, mi boli riadne, úplne a zrozumiteľne zodpovedané, pričom **všetkým podaným informáciám som porozumel a nemám žiadne ďalšie otázky;**
3. som bol poučený o tom, že mám právo udelený súhlas odvolať, ale že odvolanie súhlasu nie je účinné, ak je už vykonávaná Zdravotná služba a jej prerušenie by mohlo spôsobiť vážne poškodenie môjho zdravia alebo ohrozenie môjho života (v prípade, že tento súhlas udeľuje zákonný zástupca/opatrovník pacienta, môže udelený súhlas odvolať, len ak to je v najlepšom záujme pacienta);
- ÁNO NIE
4. som zdravotníckemu pracovníkovi **oznámil všetky mne známe údaje o mojom zdravotnom stave;**
- ÁNO NIE
5. som bol informovaný o možnosti:
- vzdať sa podania informácie o mojom zdravotnom stave, ktoré zahŕňa tiež informácie o navrhnutom individuálnom liečebnom postupe a všetkých jeho zmenách, resp. o možnosti určiť osoby, ktoré budú o tomto informované namiesto mňa,
 - určiť osoby, ktoré majú byť informované o mojom zdravotnom stave, a súčasne určiť, či tieto osoby môžu nazerať do zdravotnej dokumentácie vedenej o mojej osobe a robiť z nej výpisy, odpisy alebo kópie.
- ÁNO NIE

Po osobnom rozhovore so zdravotníckym pracovníkom a po vlastnej slobodnej úvahe súhlasím s poskytnutím Zdravotnej služby. Vyhlasujem, že tento súhlas udeľujem na základe mojej slobodnej a vážnej vôle, tj. bez akéhokoľvek nátlaku, a v stave, kedy som schopný to urobiť.

Dátum: _____

 Podpis pacienta

 Podpis zákonného zástupcu/opatrovníka

Ja, zdravotnícky pracovník, vyhlasujem, že som pacienta (a zákonného zástupcu/opatrovníka) informoval o všetkých skutočnostiach v súvislosti s poskytnutím Zdravotnej služby pacientovi v rozsahu vyššie uvedenom.

Meno zdravotníckeho pracovníka: _____

Podpis zdravotníckeho pracovníka: _____

Bude vyplnené v prípade, že je pacient spôsobilý na udelenie informovaného súhlasu, ale nemôže sa s ohľadom na svoj zdravotný stav podpísať.

Pacient sa nemôže podpísať z týchto dôvodov (napr. nevidomý pacient, úraz):

Pacient súhlas prejavil takto:

Svedok (*meno, priezvisko, príp. menovka, podpis*):
