

Informovaný souhlas pacienta s výkonem

Tuberkulínový test podle Mantoux

Identifikační štítek
pacienta

Indikace a účel provedení

Součást diagnostiky tuberkulózy.

Jde o kožní diagnostický test, při kterém se do kůže (intradermálně) injikuje tuberkulínový antigen, aby se zjistilo, jak je organismus schopen na tento antigen reagovat.

Popis výkonu

Tuberkulín se obvykle aplikuje na dorzální stranu levého předloktí do kůže.

Reakce se odečítá za 48 - 72 hodin a hodnotí se v milimetrech průměru viditelné nebo hmatné indurace.

K odečtu je nutné se dostavit v předem určený čas a hodinu. Při nedodržení časového rozmezí je možnost test opakovat až za 8 týdnů.

Rizika vyšetření

Jsou minimální, injikuje se jen velmi malé množství antigenu.

K typickým reakcím patří svědění a kopřivka.

Režimová opatření

- místo vpichu mechanicky nedráždit (škrabání...),

- jiná omezení nejsou.

Alternativa výkonu neexistuje.

Pacient (jméno, příjmení, rodné číslo): _____

Já, níže podepsaný, tímto prohlašuji, že jsem byl poučen o výkonu: **Tuberkulínový test podle Mantoux.**

Prohlašuji, že mi bylo sděleno a vysvětleno:

- Účel, povaha a předpokládaný přínos výkonu nebo služby.
- Předpokládané důsledky, následky a možná rizika zdravotního výkonu.
- Zda existuje jiná alternativa kromě navržené zdravotní služby či výkonu, jaký je její možný přínos, důsledky a rizika a byl jsem poučen o možnosti volby.
- Možné omezení v obvyklém způsobu života, v pracovní schopnosti, zdravotní způsobilosti po poskytnutí zdravotní služby či výkonu.

Prohlašuji, že mi bylo umožněno, abych indikujícímu lékaři i lékaři specialistovi **kladl doplňující otázky**, které mi řádně zodpověděl.

Prohlašuji, že jsem podaným informacím a vysvětlením plně porozuměl, poučení považuji za **dostatečné a nemám žádných dalších otázek.**

Na základě své svobodné vůle a na základě poskytnutých informací vyslovuji tedy svůj **svobodný, informovaný souhlas s vyšetřením.**

Rovněž souhlasím, aby v případě výskytu neočekávaných komplikací, vyžadujících neodkladné provedení dalších výkonů, nutných k záchraně mého života či zdraví, byly tyto provedeny.

V Kroměříži dne _____ hod _____

Podpis pacienta _____
či zákonného zástupce

Podpis lékaře, jmenovka _____

Podpis svědka¹ _____

1 jméno a podpis svědků poučení souhlasu pacienta, pokud pacient není schopen se vlastnoručně podepsat.