



## ODDĚLENÍ KLINICKÉ BIOCHEMIE

MMN, a.s., nemocnice Jilemnice  
Metyšova 465  
Jilemnice 514 01

Platné od: 1. 5. 2023

Strana: 1 z 2

### **F 82 – Samoplátci – poučení a souhlas – vyšetření pohlavně přenosných chorob (STD)**

**Než podstoupíte vyšetření zaměřené na pohlavně přenosné choroby (STD) přečtěte si prosím pozorně následující informace.**

#### **Informace k vyšetření STD:**

**Odběr:** k vyšetření se odebírá jedna zkumavka krve, odběr provádí zdravotní sestra.

Po odběru je třeba stlačovat místo vpichu 5 – 10 minut, aby se zamezilo krvácení nebo vzniku hematomu.

#### **Kdy je vhodné se nechat vyšetřit?**

**Po uplynutí diagnostického okna**, tj. po uplynutí doby od vzniku nákazy do tvorby prvních protilátek detekovatelných laboratorními testy.

Diagnostické okno je různé u různých infekcí:

**HIV infekce:** detekce virového antigenu p24 je možná již za 3 – 4 týdny. Přítomnost HIV infekce však lze s jistotou vyloučit až za 3 měsíce po rizikovém kontaktu.

**Hepatitida B:** 30 – 180 dní, nejčastěji 60 – 90 dní

**Hepatitida C:** 15 – 160 dní, nejčastěji 50 dní

Vyšetření provádíme denně. V případě jasně negativního výsledku obdržíte výsledek tentýž den odpoledne.

**Syfilis:** 14 -120 dní, nejčastěji 30 – 40 dní

Vyšetření provádíme 2x týdně. Termín vyzvednutí jasně negativního výsledku s vámi dohodne personál laboratoře.

Každý reaktivní nález se odesílá ke konfirmačnímu vyšetření do Národní referenční laboratoře SZÚ Praha.

Konfirmační vyšetření je ze zákona povinné a pouze takto lze rozlišit nespecifickou reaktivitu od probíhající infekce nebo (v případě syfilis) přítomnosti paměťových protilátek.

Reaktivní výsledek nemusí znamenat, že konečný výsledek bude pozitivní. Uzavření výsledku je možné až po provedení konfirmace.

V případě nutnosti tohoto dalšího vyšetření Vás budeme kontaktovat a budete muset uhradit i tato následná vyšetření. Cena se odvíjí od spektra provedených konfirmačních vyšetření. Tuto cenu stanovuje Národní referenční laboratoř.

V souladu s vyhláškou MZ č. 306/2012 Sb. o podmínkách předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění a o hygienických požadavcích na provoz zdravotnických zařízení a ústavů sociální péče **podléhají reaktivní/pozitivní výsledky těchto vyšetření** povinnému hlášení na spádové pracoviště hygienické služby a anonymizovanému statistickému hlášení.

U pozitivního výsledku STD budete odeslán/odeslána k dalšímu vyšetření na specializované pracoviště. Léčba je ze zákona povinná!

**Možná rizika spojená se zdravotním výkonem nebo službou:** běžná rizika spojená s odběrem krve – krevní výron (hematom), krvácení z vpichu při nedostatečném stlačení místa vpichu, pokles krevního tlaku.

**Informace, zda existuje jiná alternativa či více alternativ, kromě navržené zdravotní služby či výkonu, jaký je jejich možný přínos, důsledky, rizika a poučení o možnosti volby:** pro průkaz uvedených infekcí neexistuje jiný způsob než laboratorní vyšetření.

**Informace o možném omezení v obvyklém způsobu života, v pracovní schopnosti, zdravotní způsobilosti, po poskytnutí zdravotní služby nebo provedení zdravotního výkonu:** po odběru krve nejsou třeba žádná omezení. V případě pozitivního výsledku vyplývají opatření z povahy a stadia infekce a stanovuje je lékař odborného pracoviště, které zajišťuje další péči.

**ODDĚLENÍ KLINICKÉ BIOCHEMIE**MMN, a.s., nemocnice Jilemnice  
Metyšova 465  
Jilemnice 514 01

Platné od: 1. 5. 2023

Strana: 2 z 2

**F 82 – Samoplátci – poučení a souhlas – vyšetření pohlavně přenosných chorob (STD)****Identifikační údaje pacienta/pacientky:**

Identifikační štítek pacienta

**Mobilní telefon:****E-mail:****Identifikační údaje zákonného zástupce / opatrovníka:****Příjmení a jméno:****Titul:****RČ:****Plánovaný výkon (vyšetření protilátek):** HIV       hepatitida B       hepatitida C       syfilis

Jste si vědom(a) rizikového kontaktu v souvislosti s přenosem výše uvedených STD? ANO / NE

Prodělal(a) jste v minulosti některou z výše uvedených STD? ANO / NE

Pokud ano, uveďte druh onemocnění, datum, místo (stát), kde k nákaze došlo a způsob léčby:

**Prohlašuji, že mi byl náležitě objasněn důvod, předpokládaný prospěch, způsob provedení, následky i možná rizika a komplikace plánovaného výkonu. Dále mi byly vysvětleny možné alternativy včetně jejich komplikací a zdravotní důsledky vyplývající z nepodstoupení plánovaného výkonu. Měl(a) jsem možnost zeptat se na vše, co mě ve vztahu k plánovanému výkonu zajímá a obdržel(a) jsem vysvětlení, kterému jsem porozuměl(a). S provedením výše uvedeného výkonu souhlasím.**

**Dále prohlašuji, že jsem podal(a) pravdivé informace o dosavadním vývoji zdravotního stavu, včetně informací o infekčních nemocech, o zdravotních službách poskytovaných jinými poskytovateli, o užívání léčivých přípravků a dalších skutečnostech podstatných pro poskytování zdravotních služeb a nezatajil(a) jsem žádné okolnosti svého zdravotního stavu, které jsou překážkou v provedení výkonu či mohou být v jakékoli souvislosti se vznikem komplikací. Bylo mi podáno vysvětlení, že v případě výskytu neočekávaných komplikací vyžadujících neodkladné provedení dalších výkonů nutných k záchraně mého života nebo zdraví, budou tyto výkony provedeny.**

V Jilemnici dne:

Podpis pacienta(tky), zákonného zástupce, opatrovníka:

Vysvětlující pohovor a poučení provedl (identifikace a podpis):