**Razítko pracoviště**

**Informovaný souhlas pacienta**

**s poskytnutím zdravotních služeb (zdravotních výkonů)**

**Příjmení:**

**Jméno:**

**RČ pacienta:**

***1. Název zdravotního výkonu:***

* Biopsie z pochvy

***2. Diagnóza, která vede k provedení zdravotního výkonu:***

* Suspektní prekanceróza pochvy

***3. Informace o potřebném zdravotním výkonu, včetně údaje o jeho účelu, povaze, předpokládaném prospěchu a následcích:***

* Účelem i následkem operace je odebrání vzorku z pochvy na histopatologické vyšetření. Operace se provádí většinou v celkové anestézii. Vzorek se odebírá ostře skalpelem nebo bioptickými kleštěmi. Defekt ve tkáni po odstranění podezřelého ložiska se sešívá vstřebatelným vláknem, po odběru bioptickými kleštěmi se defekt nešije. Prospěch operace spočívá v histologickém ověření diagnózy.

***4. Rizika zdravotního výkonu:***

zejména

* krvácení
* zánětlivé komplikace
* žilní a oběhové komplikace v pooperačním období
* bolestivost v pooperačním období
* poranění močové trubice nebo konečníku

***5. Alternativy zdravotního výkonu:***

* + nejsou

***6. Údaje o možném omezení v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti po provedení příslušného zdravotního výkonu, lze-li takové omezení předpokládat; v případě možné nebo očekávané změny zdravotního stavu též údaje o změnách zdravotní způsobilosti:***

* + předem nelze předpokládat

 ***Předpokládaná doba hospitalizace:***

* 0 až maximálně 3 dny

***Předpokládaná doba trvání pracovní neschopnosti:***

* v případě hospitalizace maximálně 14 dnů

***Předpokládaná omezení v běžném způsobu života:***

* nelze předpokládat

***Předpokládané změny zdravotní způsobilosti:***

* nelze předpokládat

***7. Údaje o léčebném režimu a preventivních opatřeních, která jsou vhodná, a údaje o poskytnutí dalších zdravotních služeb (zdravotních výkonů):***

* Po dobu cca 6 týdnů je vhodné vynechání pohlavního styku, po dobu cca 3 týdnů není vhodné koupání, jen sprchování. Doporučuje se sprchování zevního genitálu po každém močení a po každé stolici. Po dobu cca 6 týdnů se nedoporučuje používání poševních tamponů. O případné další léčbě rozhodne výsledek histopatologického vyšetření, které si pacientka vyzvedne osobně v termínu, o němž je informována při propuštění.

***8. Poučení pacienta:***

Pacient má právo se svobodně rozhodnout o postupu při poskytování zdravotních služeb, pokud právní předpisy toto právo nevylučují.

***9. Záznam o poučení pacienta, jemuž bude implantován zdravotnický prostředek***

Lékař prohlašuje, že poskytl pacientovi podrobnou informaci obsahující údaje, které umožňují identifikaci zdravotnického prostředku (včetně jeho příslušenství), který bude u pacienta implantován, spolu s pokyny týkajícími se bezpečnosti pacienta a jeho chování, včetně toho, kdy má pacient vyhledat lékaře a kterým vlivům prostředí by se neměl vystavovat vůbec nebo jen při dodržování vhodných preventivních opatření.

***10. Odpovědi na doplňující otázky pacienta:***

***Prohlášení lékaře:***

 Prohlašuji, že jsem výše uvedeného pacienta srozumitelným způsobem a v dostatečném rozsahu informoval o jeho zdravotním stavu a o veškerých shora uvedených skutečnostech, o navrženém individuálním léčebném postupu a všech jeho změnách, včetně upozornění na možné komplikace. Pacient byl seznámen s plánovaným způsobem anestézie (sedace), bude-li použita.

V Praze, dne……………. ……………………………

**Podpis a jmenovka lékaře**

***Prohlášení a souhlas pacienta:***

Já, níže podepsaný, prohlašuji, že jsem byl lékařem srozumitelně a v dostatečném rozsahu informován o svém zdravotním stavu a o veškerých shora uvedených skutečnostech. Údaje a poučení mi byly lékařem sděleny a vysvětleny, porozuměl jsem jim a měl jsem možnost klást doplňující otázky, které mi byly lékařem srozumitelně zodpovězeny. Na základě poskytnutých informací a po vlastním zvážení souhlasím s provedením zdravotního výkonu (viz výše), případně s použitím uvedené anestézie (sedace), včetně provedení dalších zdravotních výkonů, pokud by jejich neprovedení bezprostředně ohrozilo můj život nebo zdraví.

Současně také prohlašuji, že jsem lékaři sdělil všechny mně známé důvody, které by mohly zkomplikovat klidný průběh zdravotního výkonu (zejména užívané léky, alergie a všechna přidružená onemocnění).

V Praze, dne……………

 …………………………... ………………………………….

**Podpis pacienta Podpis osoby určené pacientem, manžela nebo registrovaného partnera, rodiče, jiné osoby blízké**

 **(Zástupný souhlas)**

***Identifikace osoby udělující zástupný souhlas:***

Jméno a příjmení: .……………………...……………….Datum narození: .………………….

Vztah k pacientovi: .…………………………………………………………………………….

***Nemůže-li se pacient podepsat, podepíše se svědek, který byl přítomen projevu souhlasu:***

Jméno a příjmení svědka: ………………………………………………………………………

Důvod nepodepsání souhlasu: …………………………………………………………………..

Způsob, jakým pacient projevil vůli:…………………………………………………………...

V Praze, dne ……………….. **………………………….. ……………………………..**

 **Podpis svědka Podpis a jmenovka lékaře**