**Razítko pracoviště**

**Informovaný souhlas pacienta**

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

**Příjmení:**

**Jméno:**

**RČ pacienta:**

***1. Název zdravotního výkonu:***

* Radikální vulvektomie, mapování sentinelových lymfatických uzlin, lymfadenektomie inguinofemorální

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

* Nádor zevního genitálu

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

* Účelem i následkem operace je odstranění zevního genitálu včetně klitoris. Při operaci je do okolí nádoru aplikován roztok radiokoloidu technecia a barvivo (patentová modř), a to vše za účelem odhalení a odstranění tzv. sentinelových (spádových) mízních uzlin v tříslech. V závislosti na peroperačním nálezu se odstraňují všechny mízní uzliny z obou třísel. Operace se provádí v celkové anestézii. Tkáň se odstraňuje ostře skalpelem. Defekty ve tkáních po odstranění nádoru i se sešívají vstřebatelnými vlákny. Prospěch zákroku spočívá v odstranění nádoru na zevním genitálu i s okolními tkáněmi a mízními uzlinami, v nichž se mohou vyskytovat metastázy tohoto nádoru.

***4. Rizika zdravotního výkonu:***

zejména

* krvácení v průběhu operace a v pooperačním období
* zánětlivé komplikace, a to jak v operační ráně na zevním genitálu, tak i v tříslech
* nezhojení nebo rozestup rány v pooperačním období
* žilní a oběhové komplikace
* lymfatické otoky dolních končetin a v podbřišku, případné vytvoření lymfocysty (nahromadění mízní tekutiny v tříslech)

***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:***

* Trvalá nemožnost pohlavního styku. Nutnost omezení námahy po dobu 6-8 týdnů.

 ***Předpokládaná doba hospitalizace:***

* 2-3 týdny

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

* nejméně 6 týdnů

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

* trvale nemožnost pohlavního styku.

***Předpokládané změny zdravotní způsobilosti:***

* předem nelze předpokládat

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

* Omezení námahy po dobu 6-8 týdnů po operaci, nezvedání těžkých břemen, doporučena je zvýšená hygiena – sprchování zevního genitálu po každém močení i stolici.

***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**