



Dermatovenerologické oddělení
FAKULTNÍ NEMOCNICE V MOTOLE
V Úvalu 84, 150 06 Praha 5, IČ: 00064203

Příjmení:

Jméno:

RČ pacienta:

INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTA SKLEROTIZACE RETIKULÁRNÍCH ANEBO METLIČKOVÝCH VARIXŮ NA DOLNÍCH KONČETINÁCH

1. *Diagnóza, která vede k provedení zdravotního výkonu (zdůvodnění/indikace):*

- Povrchové křečové žíly síťovitého anebo metličkovitého typu na dolních končetinách.

2. *Informace o potřebném zdravotním výkonu (o jeho účelu, povaze, předpokládaném prospěchu a následcích):*

- Výkon je kosmetický a na žádost pacienta.
- Cílem výkonu je snížení počtu rozšířených žilek na dolních končetinách.
- Po dezinfekci ošetřované oblasti se injekční formou aplikuje sklerotizační roztok do jednotlivých lokalit. Po ošetření každé lokality se místa vpichů stlačí kompresivním tamponem. Po skončení výkonu se celá končetina zaváže kompresivním obinadlem. Nošení kompresivního obinadla je nezbytné po dobu 2 dnů celých 24 hodin i v noci, poté se nosí předepsané kompresní elastické punčochy po dobu 2 týdnů od výkonu.
- Může být pořizována fotodokumentace části Vašeho těla – fotodokumentace místa kosmetického výkonu, a to zejména před zahájením výkonu, po ukončení výkonu a při kontrolách. Fotodokumentace bude součástí zdravotnické dokumentace

Fotodokumentace může být anonymně využita pro výukové účely a publikační činnost (např. přednáška, odborný článek):

Ano, souhlasím.

Ne, nesouhlasím.

3. *Rizika zdravotního výkonu mohou být zejména:*

- Mírná citlivost při aplikaci látky.
- Po aplikaci přechodný otok (zčervenání v místě působení látky) v místě vpichu, mizící do 2 dnů.
- Vzácně se objevuje zánět nebo trombóza (ucpání) hlubokých žil, plicní embolie (vmetek do plic).
- Vzácně dochází k nekróze ohraničeného okrsku kůže (odumření kůže) a vytvoření drobného vředu, který se hojí několik týdnů.

4. *Alternativy zdravotního výkonu:*

- Laserové ošetření (ošetření cévních změn laserem). Jeho paprsek je zaměřen na nežádoucí cévní projev a velmi cíleně ho zasáhne tak, že působí na červené krevní barvivo (hemoglobin). Nedochozí k poškození okolní tkáně. Hojení bez jizev. Výhodou oproti nabízenému výkonu (oproti sklerotizaci) je šetrné odstranění metličkových varixů. Nevýhodou laserového ošetření je, že jím nelze odstranit takový počet cévních změn jako u sklerotizace.
- Chirurgické odstranění varixů, křečové žíly (flebektomie chirurgické odstranění varixu v místním znecitlivění z drobných řezů). Ambulantní zákrok s podobným efektem jako sklerotizace, vhodný k řešení větších varixů.

5. *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:*

Předpokládaná doba hospitalizace: 0 dní, jedná se o ambulantní výkon.

Předpokládaná doba trvání pracovní neschopnosti (předpokládaná doba, po kterou pacient nebude schopen vykonávat své studium): 0 dní.

Předpokládaná omezení v běžném způsobu života a změny zdravotní způsobilosti: nejsou.

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

- Bandážování a nošení kompresivních punčoch po dobu nejméně 2 týdnů.

Prohlášení lékaře:

Prohlašuji, že jsem výše uvedeného pacienta srozumitelným způsobem a v dostatečném rozsahu informoval/a 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.....20.....

v.....hod.

Podpis a jmenovka lékaře**Prohlášení a souhlas pacienta:**

Já, níže podepsaný/á, prohlašuji, že jsem byl/a lékařem srozumitelně a v dostatečném rozsahu informován/a o svém zdravotním stavu a o veškerých shora uvedených skutečnostech. Údaje a poučení mi byly lékařem sděleny a vysvětleny, porozuměl/a jsem jim a měl/a jsem možnost klást doplňující otázky, které mi byly lékařem srozumitelně zodpovězeny.

Na základě poskytnutých informací a po vlastním zvážení souhlasím s provedením zdravotního výkonu, případně s použitím uvedené anestezie (sedace), včetně provedení dalších zdravotních výkonů, pokud by jejich neprovedení bezprostředně ohrozilo můj život nebo zdraví.

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

Jsem si vědom/a, že tento svůj souhlas mohu kdykoliv odvolat.

V Praze, dne.....20.....

v.....hod.

Podpis pacienta