



Dermatologické oddělení pro děti
FAKULTNÍ NEMOCNICE V MOTOLE
V Úvalu 84, 150 06 Praha 5, IČ: 00064203

Identifikační štítek pacienta

INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTA/ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE S VÝKONEM PROBATORNÍ EXCIZE V MÍSTNÍ ANESTEZII (VYŘÍZNUTÍ ČÁSTI KŮŽE K DIAGNOSTICKÝM ÚČELŮM)

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

- Ověření diagnózy: _____

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

- Účelem výkonu je získání vzorku kůže k mikroskopickému vyšetření s následným stanovením diagnózy.
- Místo zákroku je po dezinfekci znecitlivěno injekčním anestetikem. Následně se bezbolestně vyjme část postižené kůže rotačním průbojníkem velikosti 3 – 6 mm. Vzniklá rána bude u více krvácejících projevů sešita nevstřebatelným šicím materiálem, který bude třeba odstranit s odstupem 5 – 14 dní. V případě drobnějších zákroků může být rána ponechána zhojení granulací, bez šití. Nakonec bude rána sterilně zakryta pomocí náplasti.
- Po odeznění účinku anestetika může být místo mírně citlivé.
- V místě zákroku vznikne v důsledku hojení jizva.

3. Rizika zdravotního výkonu mohou být zejména:

- Reakce na dezinfekční látku.
- Vzácně alergická reakce na injekční anestetikum (vyrážka, svědění, otok).
- Krvácení z rány, vznik hematomu (modřiny).
- Druhotná infekce rány.
- Rozestouplá, hypertrofická/atrofická či keloidní (zbytnělá) jizva.
- Zvýšená pigmentace jizvy po čerstvém oslunění.

4. Alternativy zdravotního výkonu:

- Vzhledem k tomu, že k výkonu přistupujeme až po vyčerpání možných neinvazivních postupů, jedinou alternativou je zákrok neprovést, což může vést k nemožnosti přesného určení klinické diagnózy.

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: výkon probíhá ambulantně.

Předpokládaná doba trvání pracovní neschopnosti (předpokládaná doba, po kterou pacient nebude schopen vykonávat své studium) a předpokládané změny zdravotní způsobilosti: žádné.

Předpokládaná omezení v běžném způsobu života: omezení fyzické zátěže 3 – 4 týdny po zákroku, podle lokalizace.

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

- Převaz rány a případné odstranění stehů dle indikace lékaře.
- Je nutno chránit čerstvou jizvu před slunečním zářením.

Prohlášení lékaře:

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

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

v.....hod.

Podpis a jmenovka lékaře

Prohlášení a souhlas pacienta/zákonného zástupce pacienta:

Já, níže podepsaný/á, prohlašuji, že jsem byl/a lékařem srozumitelně a v dostatečném rozsahu informován/a o svém zdravotním stavu/o zdravotním stavu osoby mnou zastupované 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/souhlasím s provedením výkonu u osoby mnou zastupované, případně s použitím uvedené anestezie (sedace), včetně provedení dalších zdravotních výkonů, pokud by jejich neprovedení bezprostředně ohrozilo můj život nebo zdraví/život nebo zdraví osoby mnou zastupované.

Současně také prohlašuji, že jsem lékařem 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.

Pro zákonného zástupce pacienta:

Jako zákonný zástupce nezletilého pacienta nebo pacienta s omezenou svéprávností prohlašuji, že veškeré shora uvedené informace byly poskytnuty rovněž tomuto pacientovi (za podmínky, je-li k tomu pacient přiměřeně rozumově a volně vyspělý). *Pokud pacientovi nebyly takové informace poskytnuty, uveďte se důvod jejich neposkytnutí:*

.....

V Praze, dne.....20..... v.....hod.

Podpis pacienta* /zákonného zástupce

Identifikace zákonného zástupce:

Jméno a příjmení:

Datum narození: Vztah k pacientovi:

Podpisová doložka svědka:

.....
Důvod nepodepsání, nemůže-li se pacient podepsat

.....
Způsob, jakým pacient projevil vůli

.....
Jméno a příjmení svědka

.....
Podpis svědka

* Nezletilému pacientovi lze zdravotní služby poskytnout na základě jeho souhlasu, jestliže je provedení takového úkonu přiměřené jeho rozumové a volní vyspělosti odpovídající jeho věku. U pacienta s omezenou svéprávností se postupuje obdobně, nezohledňuje se však věk pacienta.