

Pracoviště (klinika, oddělení):

Dermatovenerologická klinika

Pacient:

Jméno, příjmení, rodné číslo, datum narození*, číslo pojištění, kód zdravotní pojišťovny

Dnešního dne jsem byl/a lékařem poučen/a o povaze svého onemocnění a o prognóze dalšího vývoje mého zdravotního stavu:

Diagnóza/ podezření na diagnózu:

Zároveň jsem byl/a poučen/a o povaze zdravotního výkonu, který mi má být proveden.

Označení zdravotního výkonu (popřípadě několika výkonů):

Exkochleace – abrazé – elektrokoagulace – kryalizace

Účelem tohoto zdravotního výkonu je:

Odstranění či zmenšení útvaru

Předpokládané následky tohoto zdravotního výkonu:

Nejsou nebo jen mírná bolestivost a pálení v místě ošetření

Předpokládaný prospěch tohoto zdravotního výkonu (léčby) je tento:

Zhojení

Zlepšení zdravotního stavu

Zdravotní výkon bude probíhat takto:

V lokální anestézii – bez lokální anestézie

Vyškrábnutí – seškrábnutí – elektrokoagulace - kryalizace

Po výkonu 20 minut setrvat pod dohledem zdravotnického personálu

Byl/a jsem poučen/a, že jako alternativa místo shora uvedeného lékařem doporučeného výkonu lze provést:

Není terapeutická alternativa hrazená z veřejného pojištění

1. U některých diagnóz představuje alternativní postup laserové ošetření (není hrazeno ze zdrav. pojištění)

2. Ponechat bez ošetření s rizikem zhoršení zdravotního stavu

Vzal/a jsem na vědomí, že lékařem **doporučený výkon má oproti uvedené alternativě tyto výhody:**

Rychlost odstranění útvaru

Hrazeno z veřejného zdravotního pojištění

ale současně tyto **nevýhody:**

Možnost recidivy projevů, možnost komplikací (viz níže)

Byl/a jsem dále poučen/a, že lékařem **doporučený výkon má následující rizika:**

Krvácení v místě ošetření, zánět (zarudnutí, otok), puchýř (naplněný čirým obsahem či krví), jizvení, hypopigmentace, hyperpigmentace, alergická reakce na dezinfekci, znečistlivující látku (anestetikum) a náplast

Při odběru anamnézy jsem lékaři **neopomněl oznámit:**

Zda netrpím alergií na dezinfekční přípravky a znečistlivující látky

Zda neužívám léky s protisrážlivým účinkem („na ředění krve“)

Zda nemám problémy se zvýšenou krvácivostí nebo sklonem ke vzniku keloidních jizev (větší, zbytnělá jizva).

Byl/a jsem také poučen/a o **dalším léčebném režimu**, resp. **preventivních opatřeních**, vyplývajících z provedení lékařem doporučeného výkonu, jakož i o nutnosti **kontrolních zdravotních výkonů:**

Kontroly po zákroku dle případného objednání lékařem

Fyzické šetření ošetřeného místa (do zhojení omezit sportovní aktivity, není vhodná návštěva bazénu, sauny nebo páry), bez namáčení, bez odstraňování obvazu, bez mechanického dráždění, fotoprotekce (chránit před

slunečním zářením krémy s ochranným faktorem SPF 50)

V případě komplikací (např. horečka, otok, zarudnutí, silná bolestivost) kontrola ihned i bez objednání

Beru na vědomí, že po provedení uvedeného zdravotního výkonu **budu takto omezen/a v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti:**

Není omezení v pracovní schopnosti

V ojedinělých případech (pracuje-li pacient s velkou fyzickou zátěží nebo v prachu) krátkodobá PN

Možná **změna zdravotního stavu nebo zdravotní způsobilosti** v důsledku zdravotního výkonu:

Nepředpokládá se

Prohlašuji a svým dále uvedeným vlastnoručním **podpisem potvrzuji**, že lékař, který mi poskytl poučení, mi **osobně vysvětlil vše, o zdravotním výkonu** a měl/a jsem možnost klást mu otázky, na které mi řádně odpověděl.

Prohlašuji, že jsem byl/a poučen/a o svém právu svobodně se rozhodnout o dalším navrhovaném postupu při poskytování zdravotní péče, pokud zvláštní právní předpisy toto právo nevylučují.

Beru na vědomí, že předpokládaného následku a prospěchu uvedeného zdravotního výkonu nemusí být dosaženo.

Prohlašuji, že jsem shora uvedenému poučení **plně porozuměl/a** a výslovně a svobodně **souhlasím s provedením zdravotního výkonu.**

Současně prohlašuji, že v případě výskytu neočekávaných komplikací, vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků nutných k záchraně mého života nebo zdraví souhlasím s tím, aby byly provedeny veškeré další potřebné a neodkladné výkony nutné k záchraně mého života nebo zdraví.

V Praze dne:

.....
vlastnoruční podpis pacienta/ky
nebo jméno, příjmení a podpis zákonného zástupce

.....
jmenovka a podpis ošetřujícího lékaře

Pokud pacient/ka není schopen/a vyjádřit svůj souhlas podpisem, uvede se způsob, jakým pacient/ka projevil/a svou vůli:

.....
Zdravotní důvody bránící podpisu pacienta:

Jméno, příjmení svědka:

vlastnoruční podpis svědka: