

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):

**SVĚTLOLÉČBA VIDITELNÝM ZÁŘENÍM (633 nm) V KOMBINACI S LOKÁLNÍ AKTIVNÍ LÁTKOU
(methyaminolevulinát)**

Účelem tohoto zdravotního výkonu je:

Léčba kožního onemocnění

Předpokládané následky tohoto zdravotního výkonu:

Nejsou nebo jen otok, zarudnutí kůže, madidace, krusty, svědění, pálení a silná bolest v místě ozáření

Předpokládaný prospěch tohoto zdravotního výkonu (léčby) je tento:

Zhojení či zlepšení kožních projevů

Zdravotní výkon bude probíhat takto:

Snesení šupin či krust z povrchu kožního útvaru

Aplikace masti (s aktivní látkou) na kožní útvar a následné překrytí na dobu 3 hodin

Ozáření viditelným světlem pomocí zářiče nastaveného dle předem stanoveného protokolu, který určí lékař

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

Místní, celková nebo chirurgická léčba – podle povahy onemocnění

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

Vyšší či srovnatelná účinnost než samotná léčba místní (lokální)

Lepší kosmetický efekt než chirurgická terapie

ale současně tyto **nevýhody:**

Po ošetření může kožní útvar znovu vyrůst (recidivovat), ošetření se obvykle provádí opakovaně.

Ošetření není hrazeno u některých diagnóz ze zdravotního pojištění

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

Spálení kůže (až vznik puchýřů), zánět (zarudnutí, otok), alergická nebo toxická reakce způsobená zářením

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 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

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

Nepředpokládá se, výjimečně perzistující kožní fotosenzitivita v místě ošetřeného projevu

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, uveďte se způsob, jakým pacient/ka projevil/a svou vůli:

.....
Zdravotní důvody bránící podpisu pacienta:

Jméno, příjmení svědka:

vlastnoruční podpis svědka:.....