

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):

Operace (totální či shave excize) – odstranění kožního a podkožního útvaru

Účelem tohoto zdravotního výkonu je:

Odstranění kožního a podkožního útvaru (z nebo bez histopatologického vyšetření)

Předpokládané následky tohoto zdravotního výkonu:

jizva

Předpokládaný prospěch tohoto zdravotního výkonu (léčby) je tento:

Vyléčení nebo zlepšení zdravotního stavu

Stanovení přesné diagnózy, estetické důvody (na vlastní žádost pacienta)

Zdravotní výkon bude probíhat takto:

Dezinfekce ošetřované oblasti, případně oholení

Aplikace lokálního anestetika tenkou jehlou do kůže a podkoží

V lokální anestézii bude odstraněn útvar s následnou suturou (zašitím) rány, dezinfekcí a sterilním krytím.

Bude – nebude podroben histopatologickému vyšetření

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 léčebná alternativa

Ponechat útvar na/v kůži

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

Odstraněný útvar nebude pacienta nadále obtěžovat

Nebude se dále zhoršovat zdravotní stav s případným zvětšováním útvaru

ale současně tyto **nevýhody:**

Mírná bolestivost v místě zákroku

Možnost recidivy i po odstranění útvaru

Možnost vzniku atrofické, hypertrofické či keloidní jizvy, hypopigmentace, hyperpigmentace

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

Nejčastější možné komplikace jsou rozestup (dehiscence) rány, infekce rány, krvácení a krevní výron (hematom) v ráně a okolí, později vznik nápadnější jizvy (při individuálním sklonu ke vzniku nevzhledných jizev), alergická reakce na dezinfekci, znečlivující látku (anestetikum) a náplast

Při odběru anamnézy jsem lékaři **neopomněl oznámit**, že mám některé z níže uvedených onemocnění:

Zda netrpím alergií na dezinfekční přípravky a znečlivující látky

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

Zda nemám problémy se zvýšenou krvácivostí nebo sklonem ke vzniku keloidních jizev (větší, zbytnělá, tuhá 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 objednání lékařem, příp. odstranění stehů (obvykle v rozmezí 7-14 dnů)
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).
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 schopnost
Pracuje-li pacient s velkou fyzickou námahou a v prašném prostředí, pak 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:.....