



## INFORMOVANÝ SOUHLAS SE ZÁKROKEM u zletilého a způsobilého pacienta

Informovaný souhlas s:	Kryalizace kryokauterem nebo aplikace tekutého dusíku		
Pacient(ka) – jméno a příjmení:		Rodné číslo (číslo pojištění):	
Datum narození: (není-li rodné číslo)		Kód zdravotní pojišťovny:	
Adresa trvalého pobytu pacienta: (případně jiná adresa)			

### Informující lékař:

Zdravotní výkon:	
1)	Při zákroku dochází k destrukci- rozrušení chorobného kožního projevu aplikací tekutého dusíku nebo přiložením kryokauteru na dobu až několika minut. Délka ošetření závisí na rozsahu chorobného ložiska a umístění na těle. Ošetření se provádí bez znecitlivění a je provázeno mírnou až středně intenzivní bolestí. Po zákroku pravidelně dochází k začervenání a otoku ošetřeného místa, následně ke vzniku puchýřů, které po prasknutí mokvají, po zaschnutí se utvoří strup, který se za různě dlouhou dobu sám odloučí. Tyto příznaky během několika dní až týdnů ustoupí. Délka hojení závisí na intenzitě ošetření. Často po zákroku vzniká jizva, která se od okolí odlišuje zvýšenou nebo sníženou pigmentací. Někdy dochází důsledkem ošetření ke zmnožení povrchních kožních cévek a červenému zbarvení kůže. Lékař po zákroku provede kontrolu hojení v individuálním termínu, který klientovi sdělí. Pokud se vyskytnou komplikace při hojení rány jako například bolestivost, velký otok, teplota, zčervenání a zánět v ráně, klient se dostaví ke kontrole před plánovaným termínem.
2)	Alternativou k tomuto způsobu léčby je chirurgické odstranění chorobného projevu vyříznutím (excizí) nebo seškrábnutím chirurgickou lžičkou (exkochleací) nebo laserem. V některých případech je možná léčba aplikací léčebných mastí.
3)	Po zákroku můžete být částečně omezeni v pracovních, rekreačních a společenských aktivitách. Zárok většinou nevyžaduje pracovní neschopnost.
4)	Do zhojení není vhodná návštěva bazénu, sauny nebo páry. Není vhodná koupel s rozmáčením ošetřené kůže. Omezte aktivity, při kterých se výrazněji zahřejete a zapotíte. Omezte činnosti, při kterých bude ošetřené místo mechanicky drážděno. Po ošetření v obličeji nebo na jiném viditelném místě můžete být omezeni ve společenském styku. Ošetřené místo je nutné chránit před slunečním zářením, aby nevznikla pigmentace - větší zbarvení kůže. Je-li rána otevřená nebo mokvající, doporučujeme její překrytí nedráždivou náplastí nebo obvazem. Po ošetření se řiďte pokyny ošetřujícího lékaře a ránu ošetřujte způsobem, který Vám lékař doporučil.
5)	Pacient se svobodně rozhodl o navrženém postupu při poskytování zdravotních služeb.

Pacient potvrzuje a svým podpisem stvrzuje, že poučení mu bylo výše uvedeným lékařem osobně, srozumitelně, ústně a v dostatečném rozsahu vysvětleno, že měl čas a možnost je uvážit, porozuměl mu a měl i možnost klást doplňující otázky, které se vztahují k jeho zdravotnímu stavu a navrhovaným zdravotním službám a tyto mu byly srozumitelně a v dostatečném rozsahu zodpovězeny a že již dříve byl seznámen se svým zdravotním stavem.

Pacient rovněž potvrzuje a svým podpisem stvrzuje, že mu byl vysvětlen důvod, předpokládaný prospěch, možná rizika komplikace výkonu, byly mu také vysvětleny možné alternativy výkonu a zdravotní důsledky jeho nepodstoupení a nemá žádné nejasnosti.

Pacient dále potvrzuje a svým podpisem stvrzuje, že souhlasí s navrhovanou péčí a s provedením výkonu a že mu rovněž bylo vysvětleno, že v případě výskytu neočekávaných komplikací vyžadujících neodkladné provedení dalších výkonů nutných k záchraně života nebo zdraví, budou tyto výkony provedeny.

Místo podpisu:

Datum a čas:

Podpis lékaře:

Podpis pacienta:

**Varianta pro případ pacienta, který se nemůže podepsat nebo se odmítá podepsat:**

Pacient odmítl podepsat informovaný souhlas. / Pacient se nemůže podepsat z důvodu, že:  
(*například: schopnost jemných pohybů ruky a pevného ovládní prstů jsou viditelně podstatně omezeny*)

Pacient projevil svůj souhlas tak, že:  
(*například: ústně potvrdil všechna jednotlivá prohlášení*)

Místo podpisu:

Datum a čas:

Podpis lékaře:

Jméno svědka:  
(není-li svědek pracovníkem zdravotnického zařízení, uveďte se adresa a datum narození svědka)

Podpis svědka: