



INFORMOVANÝ SOUHLAS SE ZÁKROKEM u zletilého a způsobilého pacienta

Informovaný souhlas s:	Provedení chemického peelingu		
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)	<p>Na základě konzultace s ošetřujícím lékařem jste se rozhodl/a pro kosmetické ošetření pleti chemickým peelinglem. Ošetření přípravkem - GLYCO A 70% - Vám provede lékař.</p> <p>Chemický peeling je vysoce účinnou metodou péče o pleť. Lokální přípravek po nanesení v různé míře podráždí pleť. Při podráždění pokožky dochází ke vzniku různého stupně lokálního zánětu. Postupně se rozšiřují v místě podráždění kožní cévky a k místu putují imunitní buňky. Vzniká zánět různého stupně s příznaky jako je začervenání, svědění, zvýšení teploty v místě podráždění a mírný otok. Po stadiu podráždění následuje fáze hojení. Cílem podráždění pleti chemickým peelinglem je vyvolání procesu hojení pleti. Nová tkáň, která vzniká při hojení, nahrazuje tkáň poškozenou, která před peelinglem vykazovala estetický defekt. Nová pokožka vyhlídí lépe, než pleť před peelinglem. U středně hlubokého peelingu dochází kromě rozvoje mírného zánětu také k drobnému (kapilárnímu) krvácení. Krvácení organismus zastavuje v procesu hemokoagulace.</p> <p>Chemický peeling není vhodný v těhotenství, při kojení, autoimunitních chorobách, při opakovaných infekcích typu herpes simplex, lze provést pouze se svolením lékaře u seborhoické nebo atopické dermatitidy, rosacei, na pigmentové névy nebo útvary nejistého původu. Pokud v době plánovaného ošetření probíhá akutní onemocnění typu virosy nebo bakteriálního zánětu dýchacích cest, nemůže být peeling proveden.</p> <p>Ošetření se skládá z několika kúr. Před aplikací informujte lékaře o používaných přípravcích na ošetření pleti. Při ošetření Vám bude na kůži po očištění aplikován 70% roztok k. glykolové. Aplikace přípravku se může projevit mírným svěděním a pálením. Dle reakce pleti bude roztok po 2-7 minutách neutralizován a odstraněn. Následně bude pleť ošetřena zklidňujícím krémem. Nedodržení pokynů lékaře může mít za následek zhoršené hojení, větší intenzitu zánětu a riziko infekce kůže, nejzávažnější riziko je vznik zvýšené nebo snížené pigmentace ošetřené kůže.</p>
2)	Alternativním ošetřením je laserové ošetření, dermabraze, aplikace méně koncentrovaných léčiv.
3)	Po zákroku můžete být částečně omezeni v pracovních, rekreačních a společenských aktivitách. Zákrok většinou nevyžaduje pracovní neschopnost.
4)	Po ošetření budete používat 3 dny indiferentní krém. Ošetřená místa chraňte před sluncem. Po aplikaci chemického peelingu je nutno vyvarovat se následujících činností po dobu nejméně 72 hodin: neopalovat se, neměnit teplotu prostředí, pobývat při teplotách v rozmezí 20-25 st C, nevykonávat nadměrnou fyzickou námahu, dodržujte klidový režim, psychicky se nestresujte, vynechejte ve stravě ostrá jídla, kyselé ovoce, jakékoliv reakce ihned oznamte osobě, která peeling prováděla.
5)	Pacient se svobodně rozhodl o 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: