



INFORMOVANÝ SOUHLAS SE ZÁKROKEM u zletilého a způsobilého pacienta

Informovaný souhlas s:	Excize kožního projevu - léčebná, diagnostická, kosmetická - dospělí		
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)	Excize - vyříznutí je drobný chirurgický zákrok, který slouží k odstranění chorobného nebo kosmeticky rušivého kožního projevu. Provádíme jej ambulantně na malém operačním sálku. Před zákrokem není třeba být nalačno, naopak je vhodné dobře posnídat. Místo zákroku se po desinfekci znečistliví injekčně aplikovaným anestetikem. Následuje vyříznutí projevu, sešití rány a sterilní překrytí rány. Odebraný vzorek kůže je odeslán na histologické vyšetření. Stehy se odstraňují dle doporučení operátora, nejčastěji za 10-14 dní. Komplikací hojení může být zánět, krvácení, dehiscence - rozestoupení jizvy, hypertrofická nebo keloidní jizva. Zákrok může být komplikován alergickou reakcí na použité anestetikum, krvácením z rány, špatnou hojivostí rány.
2)	Alternativním ošetřením je odstranění chorobného projevu seškrábnutím - exkochleací, kryodestrikcí nebo laserem
3)	Po zákroku můžete být částečně omezeni v pracovních, rekreačních a společenských aktivitách. Zákrok většinou nevyžaduje pracovní neschopnost.
4)	Pokud máte z ošetření strach, špatně snášíte injekce, bolest nebo při ošetřeních omdlíváte, informujte o této skutečnosti lékaře předem. Před zákrokem informujte lékaře o svých alergiích a užívaných lécích, které by mohly ovlivnit průběh zákroku. Pro dobré hojení rány je nutné operované místo 4-6 dní chránit před namočením, v době hojení rány a 4-6 týdnů po vytažení stehů doporučujeme jizvu chránit před mechanickým napínáním. Je-li jizva v místě vystaveném slunečnímu záření, překryvejte ji nebo ošetřujte přípravky s vysokým UV filtrem. Dodržujte individuální doporučení svého ošetřujícího lékaře.
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, uvede se adresa a datum narození svědka)

Podpis svědka: