



## INFORMOVANÝ SOUHLAS SE ZÁKROKEM u zletilého a způsobilého pacienta

Informovaný souhlas s:	Excize kožního projevu - léčebná, diagnostická, kosmetická - nezletilí		
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 znecitliví 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 a jeho zákonný zástupce se svobodně rozhodli o postupu při poskytování zdravotních služeb.

Zákonný/í zástupce/i potvrzuje/í a svým podpisem stvrzuje/í, že poučení mu/jim bylo výše uvedeným lékařem osobně, srozumitelně, ústně a v dostatečném rozsahu vysvětleno, že měl/i čas a možnost je uvážit, porozuměl/i mu a měl/i i možnost klást doplňující otázky, které se vztahují k zdravotnímu stavu pacienta a navrhovaným zdravotním službám a tyto mu/jim byly srozumitelně a v dostatečném rozsahu zodpovězeny a že již dříve byli seznámeni se zdravotním stavem pacienta.

Zákonný/í zástupce/i rovněž potvrzuje/í a svým podpisem stvrzuje/í, že mu/jim byl vysvětlen důvod, předpokládaný prospěch, možná rizika komplikace výkonu, byly mu/jim také vysvětleny možné alternativy výkonu a zdravotní důsledky jeho nepodstoupení a nemá/ají žádné nejasnosti.

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

Pacient prohlašuje a svým podpisem stvrzuje, že výše uvedené údaje a opakované a srozumitelné poučení, zejména dle bodů 1) až 6) mu byly rovněž poskytnuty.

nebo

Důvod neposkytnutí údajů a opakovaných poučení dle bodů 1) až 5) :

Uvedení názoru nezletilého pacienta (pokud byl s ohledem na věk poučen) a uvedení názoru pacienta zbaveného způsobilosti k právním úkonům, případně důvody, pro které tyto názory nemohly být zjištěny.

**Místo podpisu:** [ ]

**Datum a čas:** [ ]

**Podpis lékaře:** [ ]

**Podpis zákonného/ých zástupce/ů**

**Podpis pacienta** (pro případ, že byl poučen)

**Varianta pro případ kdy se zákonný/í zástupce/i / pacient, který byl poučen nemůže/ohou podepsat nebo se odmítá/ají podepsat**

**zákonný/í zástupce/i / pacient, který byl poučen** odmítl/i podepsat informovaný souhlas/ se nemůže/hou podepsat z důvodu, že:

( například: schopnost jemných pohybů ruky a pevného ovládní prstů jsou viditelně podstatně omezeny )

**zákonný/í zástupce/i / pacient, který byl poučen** projevil/i 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:**