



INFORMOVANÝ SOUHLAS SE ZÁKROKEM u zletilého a způsobilého pacienta

Informovaný souhlas s:	Exkochleace kožních projevů - 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)	Exkochleace - seškrábnutí chirurgickou lžičkou je drobný chirurgický zákrok. Provádíme jej na malém operačním sálku ambulantně. Při zákroku je odstraněn chorobný nebo kosmeticky rušivý projev z kůže nebo sliznice. Ošetřované místo se ošetří desinfekcí, následně se provede místní znecitlivění injekčně aplikovaným anestetikem nebo anesthesií chladem, menší projevy lze odstranit bez znecitlivění. Projev je odstraněn seškrábnutím chirurgickou lžičkou. Po zástavě krvácení je rána sterilně překryta. Hojení může být komplikováno zánětem, krvácením, bolestí. Jsou-li obtíže po zákroku závažnější, poraďte se s ošetřujícím lékařem. Někdy vznikají v místě ošetření nebo blízkém okolí pigmentace - barevné změny kůže nebo dochází ke ztrátě zbarvení kůže. Zákrok může být komplikovaný alergickou reakcí na použité anestetikum nebo prodlouženým krvácením. Dle charakteru onemocnění bývá odstraněný projev odeslán na histologické vyšetření.
2)	Alternativou ošetření je chirurgické vyříznutí projevu, jeho destrukce chladem, ošetření laserem, aplikace lokálních prostředků - mastí.
3)	Po zákroku můžete být částečně omezeni v pracovních, rekreačních a společenských aktivitách. Zákrok většinou nevyžaduje pracovní neschopnost.
4)	Před ošetřením není třeba být nalačno, naopak je vhodné posnídat. Pokud máte z ošetření strach, špatně snášíte injekce, bolest nebo při ošetření omdlíváte, informujte o této skutečnosti lékaře předem. Pokud máte alergii nebo užíváte léky, které by mohly ovlivnit průběh ošetření a hojení, informujte lékaře před zahájením zákroku. Rána je po zákroku ošetřena, krytí ponechte bez dalšího ošetření 1-3 dny, následně je možné osprchování. Po dobu hojení omezte větší fyzickou zátěž a máčení ošetřeného místa. Ke zmírnění bolesti lze užít běžné léky tišící bolest (např. Paralen tbl., Ibalgin tbl). Ošetřené místo je nutné v průběhu hojení chránit před slunečním zářením. V průběhu léčby se řiďte individuálními doporučeními svého 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, uveďte se adresa a datum narození svědka)

Podpis svědka:

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 projevily 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: