INFORMOVANÝ SOUHLAS SE ZÁKROKEM

nezletilého a nezpůsobilého pacienta

Informovaný souhlas s:	**Plánovaný výkon: operace probatorní excize**		
Pacient(ka) – jméno a příjmení:		Rodné číslo (číslo pojištěnce):	
Datum narození: (není-li rodné číslo)		Kód zdravotní pojišťovny:	
Adresa trvalého pobytu pacienta: (případně jiná adresa)			

Informující lékař:

Zdravotní výkon:	**Plánovaný výkon: operace probatorní excize**
1)	Poučení o účelu, povaze, předpokládaném prospěchu, následcích a možných rizicích zdravotních služeb ● **cíl výkonu: Odběr vzorku tkáně** Naše oddělení je personálně a technicky vybaveno k provedení plánovaného výkonu. Tento výkon byl vybrán jako nejvhodnější vzhledem k povaze Vašeho onemocnění Indikace operace: Odběr vzorku tkáně k jeho následnému laboratornímu zpracování za účelem specifikace onemocnění. Důsledky operace: V důsledku operační intervence vznikne jizva, krytá sterilním obvazem, dle lokality onemocnění případně doplněným i o fixaci ortézou či sádrovou dlahou. Aby byla operace co nejméně bolestivá, používá se narkóza celková, částečná nebo svodné znecitlivění. O detailech způsobu narkózy Vás poučí anesteziolog před operací. Možné komplikace: Žádná operace není bez rizika komplikací. Někdy je nutné během operace přidat další výkony. Větší komplikací může být krvácení během nebo po operaci nebo infekce operační rány v pooperačním období. Málokdy se vyskytující jsou poruchy kůže nebo malých nervů. Mohou se také tvořit krevní sraženiny, které mohou vést k ucpání žil nebo tepen (trombóza, embolie). Důslednou prevencí se snažíme jakékoliv komplikace vyloučit. Ujišťujeme Vás, že celý tým našeho oddělení pracuje tak, aby se Vaše operace zdařila bez komplikací.
2)	Poučení o tom, zda navrhované zdravotní služby mají nějakou alternativu a pacient má možnost si zvolit z několika alternativ, údaje o vhodnosti alternativ, jejich přínosech a rizicích pro pacienta
3)	Údaje o možném omezení v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti po poskytnutí příslušných zdravotních služeb, lze-li takové omezení předpokládat, a v případě změny zdravotního stavu též údaje o změnách zdravotní způsobilosti,
4)	Údaje o léčebném režimu a preventivních opatřeních, která jsou vhodná, a o poskytnutí dalších zdravotních služeb,
5)	Poučení o právu pacienta svobodně se rozhodnout o postupu při poskytování zdravotních služeb, pokud jiné právní předpisy toto právo nevylučují,
6)	Záznam o poučení pacienta, jemuž byl implantován zdravotnický prostředek, formou poskytnutí podrobné informace o implantovaném zdravotnickém prostředku podle zvláštního právního předpisu

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.

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 6) :

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 ovládání 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: