



INFORMOVANÝ SOUHLAS SE ZÁKROKEM u zletilého a svéprávného pacienta

| | | | |
|--|---|-----------------------------------|--|
| Informovaný souhlas s: | Plánovaný výkon: operace odstranění cizorodého materiálu | | |
| 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: | Plánovaný výkon: operace odstranění cizorodého materiálu |
| 1) | <p>Poučení o účelu, povaze, předpokládaném prospěchu, následcích a možných rizicích zdravotních služeb, ● cíl výkonu: Odstranění cizorodého materiálu po předchozí operaci. Naše oddělení je personálně a technicky vybaveno k provedení plánovaného výkonu. Tento výkon byl vybrán jako nejvhodnější vzhledem k povaze Vašeho onemocnění. <u>Indikace operace:</u> Odstranění cizorodého materiálu. Možnosti a nutnost operace s Vámi projednal lékař před navržením tohoto výkonu. <u>Důsledky operace:</u> Jedná se o odstranění cizorodého materiálu použitého při předchozím ortopedickém nebo traumatologickém výkonu. Výkon se provádí z obdobného přístupu jako první operace. Cílem je odstranění veškerého cizorodého (většinou kovového materiálu). Operace se provádí z důvodu co nejmenší bolestivosti při znečítlivění pacienta. Podle rozsahu operace se používá anestézie celková nebo místní. O detailech způsobu anestézie Vás poučí anesteziolog nebo operátor před operací. <u>Možné komplikace: Žádná operace není bez rizika komplikací.</u> Někdy je nutné během operace přidat další výkony. Větší komplikací může být krvácení během nebo po operaci nebo infekce operační rány v pooperačním období. Málodky 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. <u>Ujistíme Vás, že celý tým našeho oddělení pracuje tak, aby se Vaše operace zdařila bez komplikací.</u></p> |
| 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, |

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

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: