



## INFORMOVANÝ SOUHLAS SE ZÁKROKEM nezletilého a nezpůsobilého pacienta

Informovaný souhlas s:	<b>Plánovaný výkon: operace odstranění cizorodého materiálu</b>		
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:	<b>Plánovaný výkon: operace odstranění cizorodého materiálu</b>
1)	<p>Poučení o účelu, povaze, předpokládaném prospěchu, následcích a možných rizicích zdravotních služeb</p> <p>● <b>cíl výkonu: Odstranění cizorodého materiálu po předchozí operaci.</b></p> <p>Naše oddělení je personálně a technicky vybaveno k provedení plánovaného výkonu. Tento výkon byl vybrán jako nejvhodnější vzhledem k povaze Vašeho onemocnění.</p> <p><u>Indikace operace:</u> Odstranění cizorodého materiálu. Možnosti a nutnost operace s Vámi projednal lékař před navržením tohoto výkonu.</p> <p><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 znecitlivění pacienta. Podle rozsahu operace se používá anestézie celková nebo místní. O detailech způsobu anestézie Vás poučí anesteziolog nebo operatér před operací.</p> <p><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.</p> <p><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

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 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:**