

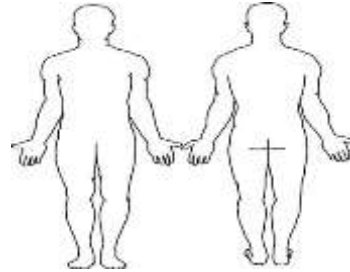
INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTA

s poskytnutím zdravotních služeb a provedením zdravotních výkonů

Pacient:

Identifikační štítek

pacienta



Druh výkonu

**Excize z oblasti třísla či
zevního genitálu**

Informace pro pacienta:

Vážená pacientko, vážený paciente,
bylo Vám navrženo provedení výše uvedeného zdravotního výkonu. Před vlastním výkonem s Vámi lékař/ka hovořil/a o účelu a možnostech provedení zákroku a seznámil/a Vás s možnými riziky a komplikacemi plánovaného výkonu, abyste se mohl/a rozhodnout a dát k provedení výkonu svůj souhlas.

Účel, povaha, předpokládaný přínos zdravotního výkonu nebo služby:

Excize = vyříznutí patologického útvaru (kožní či tukový nádorek, absces – ohraničený hnisavý proces atd.) z oblasti třísla či zevního genitálu.

Předpokládané důsledky a následky zdravotního výkonu nebo služby:

Operační odstranění patologické tkáně z této oblasti, histologické vyšetření vzorku – dle výsledků další postup léčby.

Možná rizika spojená se zdravotním výkonem nebo službou:

Bolestivost rány, obecné komplikace hojení rány – infekce, teploty, krvácení z rány až nutnost operační revize.

Informace, zda existuje jiná alternativa či více alternativ, kromě navržené zdravotní služby či výkonu, jaký je jejich možný přínos, důsledky a rizika a poučení o možnosti volby:

Při nejisté povaze není jiná adekvátní alternativa ohledně řešení, při zánětlivém procesu možná lokální léčba s nejistým úspěchem.

Informace o možném omezení v obvyklém způsobu života, v pracovní schopnosti, zdravotní způsobilosti, po poskytnutí zdravotní služby nebo provedení zdravotního výkonu, léčebném režimu, preventivních opatřeních, která jsou vhodná, případně o potřebě poskytnutí dalších zdravotních služeb:

Po operaci je nutno dodržovat režimová opatření po dobu hojení rány – postupné zatěžování rány, do zhojení vhodné pouze sprchování, pravidelné kontroly na urologické ambulanci. Kompletní doba hojení je 10 dní při nekomplikovaném hojení.

Prohlašuji,

- že jsem byl poučen o svém právu klást otázky a svobodně se rozhodnout, zda s navrženou zdravotní službou či zdravotním výkonem souhlasím či nikoli,
- že jsem lékařům nezamítl/a žádné mně známé informace o mém zdravotním stavu, které by mohly nepříznivě ovlivnit moji léčbu nebo ohrozit mé okolí, zejména rozšířením přenosné choroby,
- že jsem byl/a informován/a, že svůj souhlas s poskytnutím zdravotních služeb mohu odvolat. Byl/a jsem rovněž poučen/a, že odvolání není účinné, pokud již bylo započato provádění výkonu, jehož přerušování může způsobit vážné poškození mého zdraví nebo ohrožení mého života,
- že podaným informacím rozumím, nemám žádné další otázky, ani nejasnosti, a **vyslovuji svůj svobodný** informovaný souhlas s uvedenými zdravotními službami a výkony.
- Současně vyslovuji souhlas s tím, aby byly provedeny i další zde neuvedené zákroky, výkony a poskytnuty další zdravotní služby, bude-li to potřebné pro ochranu mého života a zdraví a nebude-li možné vyžádat si další **Y** dodatečný

informovaný souhlas. Beru na vědomí, že provedením zákroku, byť na náležitě odborné úrovni, nemusí být dosaženo předpokládaného výsledku.

Podpis pacienta (zákonného zástupce):

Poznámky lékaře k rozhovoru s pacientem:

Podpis lékaře:

Datum: