

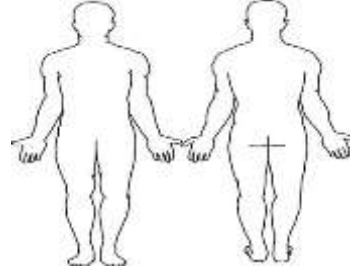
## INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTA

s poskytnutím zdravotních služeb a provedením zdravotních výkonů

Pacient:

Identifikační štítek

pacienta



Druh výkonu

**Snesení kondylomat**

### 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, důsledky a následky zdravotního výkonu nebo služby:**

Odstranění bradaviček virového původu ostrou lžičkou v anestézii.

#### **Možná rizika spojená se zdravotním výkonem nebo službou:**

Možné krvácení z takto vzniklých „odřenin“, infekce v ráně a jizvení, otok, recidiva vzhledem k virové povaze onemocnění a způsobu přenosu.

#### **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:**

Lokální konzervativní léčba – 1) potírání roztokem podofylinu – provádí dermatolog, při nanesení na zdravou kůži může způsobit popáleninu, častější recidivy

2) nanášení krému Aldara (ekonomicky náročná a déletrvající léčba - týdny)

#### **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:**

Pohlavní abstinence do zhojení (několik dní), pohlavní styk s kondomem možný, ale nevhodný (prodloužení hojení, bolestivost apod.).

Koupele či obklady s řepíkem či heřmánkem 2x denně do zhojení.

### 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 nezamlčel/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 dodatečný informovaný souhlas. Beru na vědomí, že provedením zákroku, byť na náležité odborné úrovni, nemusí být dosaženo předpokládaného výsledku.

Podpis pacienta (zákonného zástupce):

Poznámky lékaře k rozhovoru s pacientem:

Podpis lékaře:

Datum: