

Informovaný souhlas pacienta(tky) s výkonem

Aplikace Fibrinu bohatého na trombocyty (PRF)

Vážená paní, Vážený pane,

vzhledem k tomu, že jako svéprávný jedinec se podílíte významným způsobem na diagnostickém a léčebném postupu navrženém u Vaší osoby, máte nezadatelné právo být před Vaším rozhodnutím o těchto postupech podrobně informován(a).

Na základě Vašeho aktuálního zdravotního stavu Vám byla lékařem indikována léčba pomocí fibrinu bohatého na trombocyty.

Co je PRF:

Fibrin bohatý na trombocyty (PRF) je metoda léčby, při které se z krve pacienta centrifugací izoluje fibrin s vysokou koncentrací krevních destiček. Tyto destičky uvolňují růstové faktory, které podporují přirozenou regeneraci tkání.

Jaký je důvod (indikace) tohoto výkonu:

PRF neléčí příčinu onemocnění, ale podporuje hojení tkání a tím zvyšuje šanci na úspěšné provedení chirurgického výkonu.

Jako alternativy PRF se nabízí:

Aplikace uměle vytvořených přípravků (např. Gelaspon), které však neobsahují růstové faktory.

Jaký je režim pacienta před výkonem:

Odběr nevyžaduje Vaši speciální přípravu nebo změnu Vašeho režimu.

Jaký je postup při provádění výkonu:

Před chirurgickým výkonem vám odebereme periferní žilní krev. Zkumavky s krví vložíme do speciální centrifugy a pomocí odstředování se získá fibrin s koncentrovanými krevními destičkami. Tento koncentrát se následně aplikuje do postižené oblasti.

Jaké jsou možné komplikace a rizika:

Aplikace PRF je většinou bezpečný a účinný výkon, který je zajištěn správnou indikací a správným pracovním postupem. Jelikož se jedná o vaši tkáň, nehrozí riziko imunitní reakce.

Jaký je režim pacienta po provedení výkonu:

Úspěšně provedená PRF nemá vliv na Váš režim.

Identifikační údaje pacienta(tky):

Příjmení:		Jméno:		Titul:		RČ:	
-----------	--	--------	--	--------	--	-----	--

Identifikační údaje zákonného zástupce, opatrovníka:

Příjmení:		Jméno:		Datum narození:	
-----------	--	--------	--	-----------------	--

Plánovaný výkon:

Aplikace Fibrinu bohatého na trombocyty (PRF)

Vysvětlující pohovor provedl:

identifikace a podpis lékaře

Prohlašuji, že mi byl náležitě objasněn důvod, předpokládaný prospěch, způsob provedení, následky i možná rizika a komplikace plánovaného výkonu. Dále mi byly vysvětleny možné alternativy včetně jejich komplikací a zdravotní důsledky vyplývající z nepodstoupení plánovaného výkonu. Měl(a) jsem možnost

zeptat se lékaře na všechno, co mě ve vztahu k plánovanému výkonu zajímá a obdržel(a) jsem vysvětlení, kterému jsem porozuměl(a). S provedením výše uvedeného výkonu souhlasím.

Dále prohlašuji, že jsem pravdivě informoval(a) ošetřujícího lékaře o dosavadním vývoji zdravotního stavu, včetně informací o infekčních nemocech, o zdravotních službách poskytovaných jinými poskytovateli, o užívání léčivých přípravků, včetně užívání návykových látek, a dalších skutečnostech podstatných pro poskytování zdravotních služeb a nezatajil(a) jsem žádné okolnosti svého zdravotního stavu, které jsou překážkou v provedení výkonu či mohou být v jakékoli souvislosti se vznikem komplikací.

Bylo mi podáno vysvětlení, že v případě výskytu neočekávaných komplikací vyžadujících neodkladné provedení dalších výkonů nutných k záchraně mého života nebo zdraví, budou tyto výkony provedeny.

V Ostravě dne:

.....
podpis pacienta(tky), zákonného zástupce, opatrovníka