

Informovaný souhlas pacienta(tky) s výkonem

Operace – incise kůže

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 byl lékařem indikována operace incise kůže.

Co je to incise a proč ji provedeme:

Incise (naříznutí) se provádí za účelem uvolnění krve nebo hnisu v podkoží, čímž umožníme rychlejší zahojení postižené oblasti.

Alternativy výkonu:

Tento výkon Vám byl doporučen jako nejvhodnější pro tuto chvíli a nemá srovnatelnou alternativu.

Jaký je režim pacienta před výkonem:

Není třeba zvláštních režimových opatření.

Jaký je postup při provádění výkonu:

V místním znecitlivění nebo bez něj provedeme naříznutí kůže, preparací tkání pronikneme do dutiny vyplněné krví nebo hnisem a pokusíme se vypustit všechny nežádoucí hmoty. Poté zaručíme odtok krve či hnisu gumovým drénem. Rána bude sterilně kryta.

Jaké jsou možné komplikace:

Nikdy nelze zaručit absolutní nerizikovitost výkonu. Možné komplikace jsou:

- výraznější krvácení z původního zdroje (podle rozsahu bez opatření nebo operací),
- infekce rány (řeší se individuálně operací nebo léky),
- poranění kožních nervů s možnou kožní necitlivostí – lze očekávat, nejde o komplikaci,
- jizvu v místě nářezů – lze očekávat, nejde o komplikaci.

Jaký je režim pacienta po provedení výkonu:

Pravidelné převazy rány a kontroly dle doporučení lékaře.

Omezení pracovní schopnosti je dáno druhem vykonávané práce a trvá asi 1 až 2 týdny.

Identifikační údaje pacienta(tky):

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

Identifikační údaje zákonného zástupce, opatrovníka:

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

Plánovaný výkon:

Operace – incise kůže

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 plánované léčbě zajímá a obdržel(a) jsem vysvětlení, kterému jsem porozuměl(a). S podáním výše uvedené léčby souhlasím.

Dále prohlašuji, že jsem pravdivě informoval(a) ošetřujícího lékaře o dosavadním vývoji svého 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