



INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno a příjmení:	r. č.:
Zákonný zástupce pacienta (jméno, příjmení):	
Označení zdravotního výkonu (popřípadě několika výkonů): ODSTRANĚNÍ HEMATOMU (KREVNÍHO VÝRONU) Z PODKOŽÍ	
Účel, povaha, předpokládaný prospěch, následky a možná rizika zdravotního výkonu: Vyprázdnění ložiska s obsahem hematomu (krevního výronu), zastavení případného zdroje krvácení, odstranění bolesti vycházející z přítomnosti krevního výronu, předcházení napadení přítomného hematomu infekcí. <u>Rizika výkonu:</u> Krvácení z rány, infekce v ráně, poranění hlubších struktur.	
Jiné možnosti, jejich vhodnost, přínosy a rizika: Konzervativní postup, kdy může hrozit infekce hematomu, či nevstřebání se hematomu a v konečné fázi bude nutno přistoupit k chirurgickému řešení.	
Zdravotní výkon bude probíhat takto: Dle rozsahu hematomu v lokální (místní znecitlivění) či v celkové anestezii bude skalpelem proveden řez kůží nad krevním výronem, odstranění krevního výronu, krevní sraženiny, poté výplach dutiny. V případě stále přítomného krvácení bude nalezen zdroj a krvácení bude zastaveno. Ve většině případů je třeba do rány zavést drén (hadička, která odvádí případně vzniklou tekutinu a předchází opětovnému vzniku hematomu), většinou se operační rána nechává otevřená a neprovádí se sutura (zašití) kůže.	
Omezení a doporučení ve způsobu života s ohledem na zdravotní stav a případné změny zdravotní způsobilosti po provedení uvedeného zdravotního výkonu: Po provedení výkonu je třeba dodržovat relativní klidový režim, péče o ránu, převazy rány, po ustoupení odvodu z drénu (pokud je přítomen) jeho odstranění. V případě potřeby nasazení antibiotické léčby.	
Další potřebná léčba: Kontroly lékařem na ambulanci, dále dle pooperačního průběhu.	
Prohlašuji, že lékař, který mi poskytl poučení, mi osobně vysvětlil vše, co je obsahem tohoto písemného informovaného souhlasu a měl/a jsem možnost klást mu otázky, na které mi řádně odpověděl. Prohlašuji, že jsem shora uvedenému poučení a informacím plně porozuměl/a a výslovně souhlasím s provedením tohoto zdravotního výkonu: V případě, že pacient je nezletilý/á nebo s omezenou svéprávností a je přiměřeně rozumově a volně vyspělý/á: Prohlašuji, že jsem byl/a poučen/a v rozsahu, který je uveden výše. Pokud pacientovi nebyly takové údaje poskytnuty, uvede se důvod jejich neposkytnutí:	



INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno a příjmení:	r. č.:
V Praze dne	
.....	
podpis pacienta / zákonného zástupce	jméno, příjmení a podpis lékaře
.....	
podpis nezletilého pacienta / pacienta s omezenou svéprávností	
Pokud pacient / zákonný zástupce se nemůže s ohledem na svůj zdravotní stav podepsat:	
Důvod, pro něž pacient / zákonný zástupce není schopen/a se podepsat:	
Způsob, jak pacient / zákonný zástupce projevil/a svou vůli:	
.....	
jméno, příjmení a podpis svědka	