

**INFORMOVANÝ SOUHLAS**

Jméno a příjmení:	r. č.:
Zákonný zástupce pacienta (jméno, příjmení):	
Označení zdravotního výkonu (popřípadě několika výkonů): VYŘÍZNUTÍ NÁDORU KŮŽE (EXCIZE ZHOUBNÉHO NÁDORU KŮŽE - BAZALIOM, SPINALIOM)	
Účel, povaha, předpokládaný prospěch, následky a možná rizika zdravotního výkonu: Účelem výkonu je chirurgické odstranění zhoubného nádoru kůže spolu s lemem zdravé kůže k zabránění jeho dalšího šíření a vysílání dceřiných ložisek (metastáz). Jako následky výkonu nutno zmínit trvalou kožní jizvu obvykle větších rozměrů, nežli samotný kožní nádor, možné bolesti a tah v místě jizvy a vzniku tužších uzlíků v důsledku hojení. <u>Rizikem výkonu</u> , je-li prováděn v lokální anestezii (v místním umrtvení), jsou alergie (nepřiměřená reakce) na znečítlivující látku, která může mít projevy místní (vyrážka, svědění), ale i celkové, vážné, které v krajním případě mohou vyústit v různé stupně dušení, bezvědomí a při nepříznivém průběhu i v úmrtí pacienta. Rizika výkonu v celkové anestezii neboli v celkovém vyřazení vědomí a vnímání bolesti, viz poučení anesteziologa (lékař, který celkovou anestezii navozuje a řídí). Komplikacemi výkonu jsou poruchy hojení rány, její rozestup v důsledku zvýšeného tahu působící na okraje rány, krvácení a následný vznik hematomu (krevního výronu) v ráně, který se může následně zanítit a dál vzniku abscesu v ráně (ohraňčené nahromadění hnisavé tekutiny), což může při nepříznivém průběhu zapříčinit vznik celkové zánětlivé reakce organismu až úmrtí pacienta. V případě, hromadí-li se v ráně pouze čirá tekutina, která sama z rány vytéká, nebo je jí nutno vypustit částečným rozpuštěním rány, hovoříme o seromu (tekutina produkovaná okolními tkáněmi či vzniklá odbarvením krevního výronu v ráně). Komplikací je také nepřiměřená reakce těla na šicí materiál a dezinfekci (látko ničící choroboplodné zárodky), které mohou být celkové nebo místní, viz výše uvedené alergie.	
Jiné možnosti, jejich vhodnost, přínosy a rizika: Léčba celkově podávanými léky (chemoterapie), léčba obvykle používaná s chirurgickým výkonem v kombinaci, nebo radioterapie (ozařování), nebo kryalizace nádoru (zmražení).	
Zdravotní výkon bude probíhat takto: Výkon se může provádět v místním umrtvení. Po přípravě operačního pole dezinfekcí a jeho ohraňčením rouškami je injekčně vpravena znečítlivující látka. Poté je nádor vyříznut s lemem zdravé kůže. V některých lokalizacích, především u koncových částí těla (ruce, předloktí, někdy paže, noha, bérce, oblast kolene) mohou vyžadovat plastický výkon ke krytí defektu po odstranění nádoru. Je možné použít plastiku posuvným lalokem, rotačním lalokem nebo defekt kryt kožním štěpem. V případě posuvných laloků a rotačních laloků je využita kůže na daném orgánu a přesunuta dle předchozí konzultace s operátorem aby tento lalok umožnil dostatečně zakrýt defektu po odstranění nádoru. V případě krytí kožním štěpem je tento odebrán z jiné části těla velikosti obdobné, jako bude defekt. Po odstranění nádoru proběhne kontrola krvácení podvazem cév, elektrokoagulací (uzavření cévy pomocí drobného elektrického výboje) či kompresí (tlakem na krvácející cévu). Následuje sešití podkožních tkání vstřebatelným šicím materiálem a kůže nevstřebatelným šicím materiálem. Pokud se výkon provádí v celkové anestezii, postup anestezie je uveden v poučení anesteziologa. Operační postup je stejný jako při místním umrtvení.	
Omezení a doporučení ve způsobu života s ohledem na zdravotní stav a případné změny zdravotní	



INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno a příjmení:	r. č.:
způsobilosti po provedení uvedeného zdravotního výkonu: Klidový režim vhodný k podpoře hojení operační rány, délka závisí na rozsahu operačního výkonu a velikosti rány, obvykle 1-4 týdny. Nutnost hygienického ošetřování rány.	
Další potřebná léčba: Opakované převazy rány dle potřeby a jejího hojení. Odstranění kožních stehů za 10-21 dní (v závislosti na umístění nádoru).	
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, uveďte se důvod jejich neposkytnutí: 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	