

**INFORMOVANÝ SOUHLAS**

Jméno a příjmení:	r. č.:
Zákonný zástupce pacienta (jméno, příjmení):	
Označení zdravotního výkonu (popřípadě několika výkonů): VYŘÍZNUTÍ ZHOUBNÉHO NÁDORU KŮŽE (EXCIZE MELANOMU KŮŽE)	
Účel, povaha, předpokládaný prospěch, následky a možná rizika zdravotního výkonu: Účelem výkonu je chirurgické odstranění zhoubného nádoru kůže spolu s lemem okolní zdravé tkáně (většinou 1-3 cm) k zabránění jeho dalšího šíření a vysílání dceřiných ložisek (metastáz). Následkem výkonu je trvalá kožní jizva obvykle větších rozměrů než samotný kožní nádor. Někdy se mohou objevit bolesti a tah v místě jizvy či vznik tužších uzlíků v důsledku hojení. <u>Riziky výkonu</u>, je-li prováděn v lokální anestezii (v místním umrtvení), jsou alergie (nepřiměřená reakce) na znečlivující látku, která může mít projevy místní (vyrážka, svědění), ale i celkové (vážnější), které, v krajním případě, mohou vyústit v různé stupně dušení, bezvědomí a při nepříznivém průběhu i v úmrtí pacienta. Rizika výkonu v celkové anestezii (v celkovém vyřazení vědomí a vnímání bolesti) jsou uvedena v poučení anesteziologa (lékaře, který celkovou anestezii navozuje a řídí). Komplikacemi samotného výkonu mohou být 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 podpořit vznik abscesu v ráně (ohraňované nahromadění hnisavé tekutiny). To může při nepříznivém průběhu zapříčinit vznik celkové zánětlivé reakce organismu. V případě, hromadí-li se v ráně pouze čistá tekutina, která může samovolně z rány vytékat, nebo je jí nutno odsát či vypustit částečným rozpouštěním rány, hovoříme o seromu (tekutině produkováaná okolními tkáněmi či vzniklé odbarvením krevního výronu v ráně). Komplikací může být také nepřiměřená reakce těla na šicí materiál a dezinfekci (látku ničící choroboplodné zárodky).	
Jiné možnosti, jejich vhodnost, přínosy a rizika: Ozařování, chemoterapie eventuálně imunoterapie, které obvykle bez chirurgického výkonu nevedou k vyléčení.	
Zdravotní výkon bude probíhat takto: Výkon se může provádět v místním umrtvení. Po přípravě operačního pole dezinfekcí a jeho ohraňováním rouškami následuje injekční vpavení znečlivující látky, poté vyříznutí nádoru s lemem zdravé kůže, kontrola krvácení podvazem cév, elektrokoagulací (uzavření cévy pomocí drobného elektrického výboje) či kompresí (tlakem na krvácející cévu). Následné sešití podkožních tkání vstřebatelným šicím materiálem a kůže nevstřebatelným šicím materiálem. Výkon se může také provádět v celkové anestezii, po uvedení do celkové anestezie (viz poučení anesteziologa) je postup stejný jako při místním umrtvení.	
Omezení a doporučení ve způsobu života s ohledem na zdravotní stav a případné změny zdravotní způsobilosti po provedení uvedeného zdravotního výkonu: Klidový režim vhodný k podpoře hojení operační rány. Jeho délka závisí na rozsahu operačního výkonu, místu a velikosti rány, bývá to obvykle 2-4 týdny. Nutnost dodržování doporučené hygienické péče v oblasti rány a jejího okolí.	



INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno a příjmení:	r. č.:
--------------------------	---------------

Další potřebná léčba:

Opakované převazy rány dle potřeby, odstranění kožních stehů za 10-21 dní (v závislosti na umístění nádoru a rozsahu provedeného výkonu).

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