ВСЕОБЩАЯ ФАКУЛЬТЕТСКАЯ БОЛЬНИЦА В ПРАГЕ
У Немоцнице 499/2, 128 08 Прага 2 | ИН: 00064165, тел.: 224 961 111

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ

Имя и фамилия:	**личный номер:**

Законный представитель пациента (имя, фамилия):

Наименование медицинской процедуры / лечебного мероприятия или нескольких процедур/мероприятий):

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ БИОПСИЯ КОЖИ

Цель, характер, подготовка, предполагаемая польза, последствия и возможные риски медицинской процедуры / лечебного мероприятия:

Биопсия кожи проводится в целях диагностики. Она предусматривает ферментативные анализы, молекулярно-генетическое исследование размноженных клеток кожи (фибробластов) и электронно-микроскопическое исследование. Решение о проведении этих специализированных исследований принимает лечащий врач. Исследования не могут быть заменены менее сложным для пациента анализом крови. Тканевую культуру фибробластов с согласия пациента можно также хранить в течение нескольких лет и использовать для необходимых исследований в будущем.

Риски процедуры связаны с осложнениями со стороны операционной раны (инфекция, кровотечение, расхождение краев раны). Еще одним риском является порча отобранного материала, например из-за размножения бактерий. Осложнения можно предотвратить путем стандартизации процедуры и соблюдения мер, предупреждающих загрязнение стерильной среды микроорганизмами.

Альтернативы лечебному мероприятию, их целесообразность, польза и риски:

Забор кожи возможен также с согласия исследуемого и при наличии соответствующих условий для забора в рамках другого хирургического вмешательства. Однако если забор образца кожи осуществляется отдельно, есть уверенность, что он будет происходить в нужных условиях и из нужного места, и с высокой вероятностью можно вырастить тканевую культуру фибробластов, а также наилучшим образом зафиксировать соответствующие структуры.

Медицинская процедура / лечебная манипуляция будет происходить следующим образом:

Биопсия проводится с внутренней стороны плеча. После анестезии кожи с помощью местного анестетика в стерильных условиях и после тщательной дезинфекции места забора отбирается небольшой образец кожи размером примерно 8 x 3 мм (в случае классического разреза) или 4 мм в диаметре в случае перфоратора. На поверхностную рану накладывается кожный шов (швы) или полоски пластыря, а затем – стерильная повязка.

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ

Имя и фамилия:	**личный номер:**

Ограничения и рекомендации в отношении образа жизни с учетом состояния здоровья и возможного изменения трудоспособности после проведения указанной медицинской процедуры / лечебного мероприятия:

Рана, обработанная стерильным способом, до заживления не должна контактировать с водой. Не рекомендуется значительная физическая нагрузка на область руки, из которой был взят образец.

Дальнейшее необходимое лечение:

Через 48 часов после процедуры рекомендуется сделать перевязку раны в медицинском учреждении. При наличии признаков воспаления (местное покраснение, отечность, боль) необходим амбулаторный осмотр хирурга или дерматолога по месту жительства. До заживления раны желательно оставить стерильную повязку. Если рана ушита нерассасывающимися швами, их необходимо удалить через 7 дней, обратившись к хирургу или дерматологу, также в амбулаторном порядке.

Заявляю, что врач, предоставивший информацию, лично информировал меня о содержании данного письменного согласия, и я имел/-а возможность задать ему вопросы, на которые получил/-а исчерпывающие ответы. Заявляю, что приведенное выше разъяснение и информацию я полностью понял/-а, и даю прямое согласие на проведение данной медицинской процедуры.

Если пациент является **несовершеннолетним или ограниченно дееспособным** и обладает соответствующей интеллектуальной и волевой зрелостью:

Заявляю, что я получил/-а разъяснения в указанном выше объеме.

Если пациенту не были предоставлены эти сведения, указывается причина их непредоставления:

г. Прага, дата

....

подпись пациента / законного представителя *имя, фамилия и подпись врача*

Эта форма также доступна непосредственно в больничной ИС.

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ

Имя и фамилия:	**личный номер:**
…… *подпись несовершеннолетнего пациента /* *пациента с ограниченной дееспособностью*	
Если пациент / законный представитель по состоянию здоровья не может подписать документ: Причина, по которой пациент / законный представитель не может подписать документ: Способ, которым пациент / законный представитель изъявил свою волю: …… *имя, фамилия и подпись свидетеля*	