VŠEOBECNÁ FAKULTNÍ NEMOCNICE V PRAZE
U Nemocnice 499/2, 128 08 Praha 2 | IČ: 00064165, tel.: 224 961 111

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno a příjmení:	**r. č.:**
Zákonný zástupce pacienta (jméno, příjmení):	

Označení zdravotního výkonu (popřípadě několika výkonů):

ODSTRANĚNÍ NÁDORŮ A JINÝCH PATOLOGICKÝCH ÚTVARŮ Z OBLASTI KŮŽE HLAVY A KRKU

Účel, povaha, předpokládaný prospěch, následky a možná rizika zdravotního výkonu:

Kůže tvoří ochrannou bariéru tkání lidského těla oproti vnějšímu prostředí, proto je také vystavena působením mnoha škodlivých látek a záření. S přibývajícím věkem a dlouhodobým působením škodlivých vlivů dochází ke zvýšenému výskytu kožních nádorů a jiných nemocí kůže a podkožní tkáně, které vyžadují chirurgické odstranění.

Účelem operace je zpravidla úplné odstranění kožního nádoru nebo jiného útvaru i s bezpečným lemem zdravé tkáně (dle povahy kožního útvaru). Odebraný materiál se následně posílá k histologickému vyšetření, které definitivně určí typ nádoru a tím i další léčebný postup. Vzniklý defekt je nutné uzavřít a tím zajistit integritu kůže. Vzhledem k velikosti ložiska a jeho lokalizaci to bývá někdy obtížné.

Využíváme 3 základní možnosti uzavření kožního defektu; primární sešití, volný štěp (přenesení kůže z jiné části těla do oblasti defektu), posun kožním lalokem (uzavření defektu využitím volné kůže v okolí. V některých případech se musí odstranit i v hloubce uložená tkáň (sval, chrupavka, kost), což znamená větší chirurgický zásah. Výkon se provádí převážně v místní anestézii, v analgosedaci (podání krátkodobě působícího silného analgetika a tlumícího léku způsobující ospalost do žíly) nebo výjimečně v celkové anestézii.

Rizika zdravotního výkonu:

Možnou komplikací chirurgického odstranění kožních nádorů je krvácení, které si může vyžádat převezení pacienta na operační sál a chirurgické ošetření krvácející cévy. Může dojít k infekci a zánětu v ráně, která se léčí čištěním rány a antibiotiky podávanými jak místně, tak celkově. Může též dojít k rozestoupení rány, nebo k tvorbě výrazně navalité jizvy u jedinců s poruchou hojení. Velmi vzácně může dojít k příznakům z postižení v blízkosti probíhajících nervů.

Odstranění větších útvarů v obličeji a následné plastické vykrytí defektu může být i po zhojení nápadné a v některých případech může měnit zvyklý vzhled obličeje. Operaci na boltci mohou rovněž vést k výsledné změně jeho tvaru nebo velikosti.

Jiné možnosti, jejich vhodnost, přínosy a rizika:

Některé typy kožních nádorů malého rozsahu mohou být léčeny dermatologem nechirurgickými postupy, jako je například radioterapie, kryodestrukce (léčba chladem např. tekutý dusík) nebo terapie CO_2 laserem.

Zdravotní výkon bude probíhat takto:

Výkon se provádí v místní anestézii po umrtvení lokálním anestetikem nebo v anestézii celkové. Patologické (chorobné) ložisko se ostře vyřízne nebo tupě vypreparuje od okolní tkáně. Následuje sešití podkožní tkáně vstřebatelným materiálem a uzavření kůže jedním ze tří výše uvedených způsobů. Při větších defektech může být do rány vložen latexový drén.

Omezení a doporučení ve způsobu života s ohledem na zdravotní stav a případné změny zdravotní způsobilosti po provedení uvedeného zdravotního výkonu:

Klidový režim. Prevence vniknutí vody a nečistot do rány, zejména v prvních dnech po operaci. Dodržovat termíny kontrol a převazů určených lékařem.

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno a příjmení:	**r. č.:**

Změnu zdravotní způsobilosti nepředpokládáme.

Další potřebná léčba:

Je nutné užívat léky či místně aplikovaná léčiva ordinované či doporučené lékařem.

První týdny po operaci je vhodné jizvu chránit před účinkem slunečního záření, aby nedošlo k její pigmentaci.

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:

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