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): **DIAGNOSTICKÁ EXCIZE (VYTNUTÍ), ÚTVARU MĚKKÝCH TKÁNÍ OBLIČEJE A ÚST**
Účel, povaha, předpokládaný prospěch, následky a možná rizika zdravotního výkonu: Zdravotní výkon obnáší kompletní nebo částečné odstranění útvaru nebo nádoru měkkých tkání obličeje a dutiny ústní, po němž následuje histologické vyšetření tkáně ke stanovení definitivní diagnózy a z ní vyplývajícího dalšího postupu. Předpokládaným prospěchem je prevence možných budoucích obtíží a komplikací. Rizika výkonu jsou následující: Při nebo po výkonu se může objevit nadměrné krvácení rány z příčin místních i celkových. Úkolem operatéra je tuto eventuální komplikaci zvládnout místním ošetřením. Mohou nastat i zánětlivé komplikace (hnisání rány), proto jsou pacientovi v některých případech po operaci podávána antibiotika. Může dojít k deformaci měkkých tkání v místě vzniklé jizvy. Nelze vyloučit ani riziko spojené s použitím anestezie, např. bušení srdce, mdloba.
Jiné možnosti, jejich vhodnost, přínosy a rizika: K tomuto výkonu není alternativy. Pokud tkáň nebude histologicky vyšetřena, nelze kompletně pacienta informovat o charakteru nálezu a stanovit další postup.
Zdravotní výkon bude probíhat takto: V místní nebo celkové anestezii se provede řez, útvar se úplně nebo částečně vyřízne a odešle se na histologické vyšetření. Rána se zašije vstřebatelným nebo nevstřebatelným chirurgickým šicím materiálem.
Omezení a doporučení ve způsobu života s ohledem na zdravotní stav a případné změny zdravotní způsobilosti po provedení uvedeného zdravotního výkonu: Po výkonu je pacientovi doporučován fyzický klid, studené obklady, užívání léků proti bolesti či jiných léků ordinovaných a doporučených lékařem. Vhodná je kašovitá nebo mixovaná strava, dodržování zvýšené péče o hygienu dutiny ústní (čištění zubů, výplachy dutiny ústní). Délka pracovní neschopnosti se řídí celkovým zdravotním stavem pacienta a povahou jeho zaměstnání. Změna zdravotní způsobilosti po tomto ošetření se nepředpokládá.
Další potřebná léčba: Dle závěru histologického vyšetření.
Poznámka:
Prohlašuji, že lékař, který mi poskytl poučení, mi osobně vysvětlil vše, co je obsahem tohoto

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno a příjmení:	**r. č.:**

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