**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):**<br>**CHIRURGICKÉ ODSTRANĚNÍ (VYŘÍZNUTÍ) NÁDORU KŮŽE OBLIČEJE, UZAVŘENÍ RÁNY POSUNEM TKÁNÍ Z OKOLÍ A SEŠITÍM** |
| **Účel, povaha, předpokládaný prospěch, následky a možná rizika zdravotního výkonu:**<br>Účelem výkonu je odstranění nádoru kůže obličeje a uzavření rány posunem tkání z okolí.<br>Předpokládaným prospěchem je obnovení původní estetiky obličeje, prevence možných budoucích obtíží a komplikací.<br>Rizika výkonu jsou následující:<br>Chirurgické porušení celistvosti kůže obličeje a eventuální poškození hlubších struktur, podkoží, svalů, cév, nervů. Komplikace hojení: zánět operační rány a hnisání. |
| **Jiné možnosti, jejich vhodnost, přínosy a rizika:**<br>Odstranění útvaru laserem. Vzniklá jizva může být po provedení klasickou technikou výraznější. Avšak biologický materiál, získaný při ošetření laserovou technikou, není obvykle možné odeslat k histologickému vyšetření. |
| **Zdravotní výkon bude probíhat takto:**<br>V celkové, místní anestezii nebo analgosedaci (kombinace místního znecitlivění a uklidňujících léků) se nádor obličeje vyřízne a rána se následně uzavře posunem okolních tkání a sešitím. |
| **Omezení a doporučení ve způsobu života s ohledem na zdravotní stav a případné změny zdravotní způsobilosti po provedení uvedeného zdravotního výkonu:**<br>Po výkonu se může rozvinout bolest, otok, krevní výron, zvýšená teplota. Pacientovi je doporučován fyzický klid, užívání léků proti bolesti či jiných léků ordinovaných nebo doporučených lékařem.<br>Změna zdravotní způsobilosti po tomto ošetření se nepředpokládá. |
| **Další potřebná léčba:**<br>Pooperační kontroly v dohodnutých termínech. |
| **Poznámka:** |
| **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:**<br>V případě, že pacient je **nezletilý/á nebo s omezenou svéprávností** a je přiměřeně rozumově a volně |

**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.:** |
|---|---|

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