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): **CHIRURGICKÉ ODSTRANĚNÍ (VYŘÍZNUTÍ) NÁDORU KŮŽE OBLIČEJE, UZAVŘENÍ DEFEKTU AUTOTRANSPLANTÁTEM ODEBRANÝM Z UCHA**
Účel, povaha, předpokládaný prospěch, následky a možná rizika zdravotního výkonu: Účelem výkonu je radikální odstranění nádoru kůže obličeje a uzavření defektu autotransplantátem odebraným z ucha. Předpokládaným prospěchem je obnovení původní estetiky obličeje, prevence možných budoucích obtíží a komplikací. Rizika výkonu jsou následující: Chirurgické porušení celistvosti kůže obličeje a ucha a eventuální poškození hlubších struktur, podkoží, svalů, cév, nervů. Komplikace hojení: zánět operační rány a hnisání.
Jiné možnosti, jejich vhodnost, přínosy a rizika: 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: V celkové, místní anestezii nebo analgosedaci (kombinace místního znecitlivění a uklidňujících léků) se nádor obličeje vyřízne a defekt se následně uzavře autotransplantátem odebraným z ucha.
Omezení a doporučení ve způsobu života s ohledem na zdravotní stav a případné změny zdravotní způsobilosti po provedení uvedeného zdravotního výkonu: 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. Změna zdravotní způsobilosti po tomto ošetření se nepředpokládá.
Další potřebná léčba: 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: 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