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): **LASEROVÉ ODSTRANĚNÍ NOVOTVARU MĚKKÝCH TKÁNÍ VLASOVÉ ČÁSTI HLAVY**
Účel, povaha, předpokládaný prospěch, následky a možná rizika zdravotního výkonu: Účelem výkonu je laserové odstranění (vaporizace) útvaru měkkých tkání vlasové části hlavy. Předpokládaným prospěchem je prevence možných budoucích obtíží a komplikací. Rizika výkonu jsou následující: Zarudnutí, otok. Krvácení rány. Zvýšená citlivost tkáně v léčené oblasti. Zánětlivé komplikace (hnisání rány). Jizva, deformace kůže v místě operace. Zvýšená teplota.
Jiné možnosti, jejich vhodnost, přínosy a rizika: Alternativou je klasická chirurgická excize (vyříznutí útvaru) se sešitím rány vstřebatelným nebo nevstřebatelným chirurgickým šicím materiálem. Vzniklá jizva může být po provedení klasickou technikou výraznější, avšak získaný biologický materiál je možné odeslat k histologickému vyšetření; po laserovém ošetření obvykle ne.
Zdravotní výkon bude probíhat takto: V celkové, místní anestezii nebo analgosedaci (kombinace místního znecitlivění a uklidňujících léků) se provede laserové odstranění (vaporizace) útvaru (léze) měkkých tkání vlasové části hlavy. Rána se ponechá ke spontánnímu zhojení.
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. 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