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): **SHAVING DOLNÍHO RTU - OSTRANĚNÍ CELÉ RETNÍ ČERVENĚ PRO NÁDOROVÉ NEBO PŘEDNÁDOROVÉ ZMĚNY**
Účel, povaha, předpokládaný prospěch, následky a možná rizika zdravotního výkonu: Účelem výkonu je odstranění tkáně, která by v budoucnosti mohla vést k růstu zhoubného nádoru. Předpokládaným prospěchem je prevence možných budoucích obtíží a komplikací. Rizika výkonu jsou následující: Nadměrné krvácení rány. Zánětlivé komplikace (hnisání rány), rozpad rány. Poškození měkkých tkání, cév a nervů rtu. Riziko nezhojení rány, trvalá necitlivost rtu.
Jiné možnosti, jejich vhodnost, přínosy a rizika: Vyčkat na rozvoj nádoru s rizikem nekontrolovatelného šíření nádoru. Odstranění jen místa patologické změny. Po tomto způsobu chirurgického ošetření dojde ke žlábkovité deformitě rtu.
Zdravotní výkon bude probíhat takto: Řezem mezi kůží a červení rtu se odstraní retní červeň, která se odešle na histologické vyšetření. Defekt se překryje sliznicí získanou z vnitřní plochy rtu, která se přetáhne přes defekt a rána se sešije 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 klidový režim, kašovitá strava a zvýšená péče o hygienu dutiny ústní. Stehy se odstraňují 7-10 dní po provedené operaci. Ret je vhodné ošetřovat vazelínou. Změna zdravotní způsobilosti po tomto ošetření se nepředpokládá.
Další potřebná léčba: Pravidelné kontroly v dohodnutých termínech, další ošetření dle histologického nálezu.
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 vyspělý/á:

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.:**

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