

Informovaný souhlas pacienta / zákonných zástupců se zákrokem:

## **EXCIZE KOŽNÍ NEBO SLIZNIČNÍ LÉZE**

**(Odstranění fibromu, papilomu, atheromu, lipomu, uzliny, veruky, fistuly nebo jiného nezhoubného nebo suspektního útvaru)**

Vedoucí lékař: primář MUDr. Tomáš Fořt

Vedoucí lékař anesteziologie: MUDr. Roman Baláž

Jméno a příjmení pacienta: \_\_\_\_\_ R. Č.: \_\_\_\_\_

### **I. Informace o povaze onemocnění:**

Patologická tkáň kožní nebo slizniční může působit krvácivé poruchy v místě léze, může zvětšovat svůj objem, a pokud nebude excidována, nelze s jistotou zjistit, jaké je histologické povahy.

### **II. Informace o léčebném výkonu:**

Výkon se provádí v lokální nebo celkové anestezii. V případě CA je pacient uveden inhalačně nebo intravenózní injekcí do celkové anestezie. Poté je chirurgicky nebo laserem léze odstraněna za sterilních podmínek a kůže je zpět adaptována podkožními a kožními stehy. Krvácení je stavěno koagulací nebo laserem. Výkon trvá 1 hodinu. Po výkonu je pacient převezen na dospávací lůžko, kde pod dohledem zdravotního personálu pobývá do úplného probuzení.

### **III. Rizika výkonu (obecná, individuální):**

Existuje riziko časného nebo pozdního krvácení (5-8 dní). Operační rána se může hojit zánětem. Může dojít k extrakci zubů při intubaci, riziko celkové anestezie stoupá s věkem a závažnosti dalších onemocnění pacienta a zahrnuje v sobě i možné nepředvídatelné reakce organismu na podávání medikamentů a dalších procedury spojené s výkonem v lokální či celkové anestezii.

### **IV. Alternativy výkonu:**

Chirurgické odstranění nemá alternativy, neboť bez histologického vyšetření, jehož podmínkou je odebrání tkáně, nelze stanovit povahu tkáně.

## V. Odpovědi na doplňující otázky pacienta/zákonného zástupce:

(případně uvést, že pacient žádné doplňující otázky neměl)

### Prohlášení lékaře:

Prohlašuji, že jsem výše uvedeného pacienta/zákonného zástupce srozumitelným způsobem informoval o plánovaném operačním zákroku, a to včetně upozornění na možné komplikace. Pacient/zákonný zástupce byl též seznámen s plánovaným způsobem anestezie včetně upozornění na možné komplikace spojené s tímto výkonem.

Datum: \_\_\_\_\_ MUDr.: \_\_\_\_\_ Podpis lékaře: \_\_\_\_\_

### Souhlas pacienta / zákonného zástupce:

Já, níže podepsaný, prohlašuji, že jsem byl lékařem srozumitelně informován o plánovaném zákroku včetně anestezie, a to včetně upozornění na možné komplikace. Byly mi zodpovězeny mé doplňující dotazy (pokud byly položeny). Na základě poskytnutých informací a po vlastním zvážení souhlasím s provedením operačního zákroku s použitím popsané anestezie, a to včetně provedení dalších výkonů a opatření, pokud by jejich neprovedení bezprostředně ohrozilo zdravotní stav a život.

Souhlasím s úhradou ceny jednorázového materiálu ve výši \_\_\_\_\_ Kč.

Datum: \_\_\_\_\_ Podpis pacienta: \_\_\_\_\_

*V případě nezpůsobilosti pacienta k právním úkonům je nutné, aby dokument podepsali jeho zákonní zástupci (Zpravidla jsou to oba rodiče, pokud není soudem určen jiný způsob zákonného zastoupení. Pak je nutné doložit příslušné soudní rozhodnutí).*

#### Zákonný zástupce 1:

Jméno a příjmení \_\_\_\_\_ R. Č. \_\_\_\_\_ Podpis \_\_\_\_\_

#### Zákonný zástupce 2:

Jméno a příjmení \_\_\_\_\_ R. Č. \_\_\_\_\_ Podpis \_\_\_\_\_