

SVOBODNÝ A INFORMOVANÝ SOUHLAS S PLÁNOVANÝM VÝKONEM PĚNOVÁ SKLEROTERAPIE

Jméno, příjmení:

Datum narození/rodné číslo:

Bydliště: Kód ZP:

Důvod realizace tohoto zdravotního výkonu: léčebný, preventivní

Vážená paní, vážený pane,

Váš ošetřující lékař Vám na základě Vašeho zdravotního stavu doporučil **PĚNOVOU SKLEROTERAPII**. Máte právo svobodně se rozhodnout o postupu při poskytování zdravotních služeb Vaší osobě, pokud jiné právní předpisy toto právo nevylučují. K provedení navrhovaného výkonu je potřeba Vašeho souhlasu.

Druh a povaha výkonu:

Pěnová skleroterapie je moderní metoda řešení křečových žil, kterou do ambulantní praxe zavedli němečtí angiologové a angiochirurgové umožňující řešit i rozsáhlejší varikózní komplexy (křečové žíly většího rozsahu).

Průběh výkonu:

Výkon spočívá v aplikaci napěněné sklerotizační látky do postižené žíly. Aplikace se provádí vždy po vyšetření duplexní sonografií (ultrazvuk cév) do míst takto označených, případně přímo pod kontrolou ultrazvuku. S výhodou je používána k řešení opakovaných recidiv křečových žil, kde již další operační zákrok nepřináší kýžený efekt. Metodu je možno provést jak ambulantně, tak za hospitalizace, vždy dle rozsahu onemocnění. Je s výhodou ji kombinovat s chirurgickým řešením křečových žil.

Pěnová skleroterapie je také moderní metodou řešení úporných kožních defektů způsobených žilní nedostatečností. Po aplikaci sklerotizační látky dochází k obliteraci (zneprůchodnění) nedostatečně fungující žíly, pod defektem, jakožto vyvolávající příčiny onemocnění. Ve srovnání s ostatními metodami řešícími toto onemocnění je v současnosti metodou volby mající až 70% úspěšnost. Vede ke zkrácení hojení defektu.

Možná rizika, komplikace a následky výkonu:

Po aplikaci látky může dojít k přechodnému zhoršení místního nálezu včetně odumření části kožního krytu. Takto vzniklý defekt se většinou hojí velmi rychle (cca 4–6 týdnů dle rozsahu) a přináší dlouhodobě uspokojivé výsledky.

Prohlášení lékaře:

Prohlašuji, že jsem výše uvedeného pacienta srozumitelným způsobem informoval o plánovaném výkonu včetně upozornění na možná rizika, komplikace a veškeré výše uvedené informace byly poskytnuty pacientovi s mým nejlepším vědomím a svědomím.

Ve Zlíně dne: **Jmenovka a podpis lékaře:**

Souhlas pacienta:

Já, níže podepsaný/á, prohlašuji, že jsem byl/a lékařem v klidu a dostatečném časovém prostoru, srozumitelně informován/a o svém zdravotním stavu, navrhovaném výkonu a jeho prospěchu, včetně upozornění na možná rizika a komplikace. Byl/a jsem informován/a o léčebném režimu po výkonu a vhodných preventivních opatřeních. Byla mi sdělena a vysvětlena alternativní možnost léčby. Byly mi poskytnuty informace pro případ změny zdravotního stavu a údaje o možných změnách zdravotní způsobilosti. Byl/a jsem poučen/a o svém právu svobodně se rozhodnout o postupu při poskytování zdravotních služeb, pokud toto mé právo není omezeno zákonem stanoveným důvodem. Informacím jsem plně porozuměl/a. Byla mi dána možnost klást doplňující dotazy, které mi byly řádně a dostatečně zodpovězeny.

Na základě poskytnutých informací a po vlastním zvážení svobodně a výslovně souhlasím s výše uvedeným výkonem.

Prohlašuji, že moje čeština je na takové úrovni, že jsem vše pochopil/a.

Ve Zlíně dne: **Podpis pacienta (zákonného zástupce):**

Identifikace zákonného zástupce:

Jméno a příjmení:

Datum narození: Vztah k pacientovi: