SVOBODNÝ A INFORMOVANÝ SOUHLAS S OŠETŘENÍM HYPERHIDRÓZY (NADMĚRNÉ POCENÍ) PŘÍSTROJEM ELEKTRO-ANTIPERSPIRANT

Jméno, příjmení: ……

Datum narození/rodné číslo: ……..……

Bydliště: ……..… Kód ZP: ……..……

Důvod realizace tohoto zdravotního výkonu: Omezení nadměrného pocení.

Vážená paní, vážený pane,

Váš ošetřující lékař Vám na základě Vaší žádosti provede **OŠETŘENÍ HYPERHIDRÓZY** (NADMĚRNÉ POCENÍ). Máte právo svobodně se rozhodnout o postupu při poskytování zdravotních služeb Vaší osobě, pokud jiné právní předpisy toto právo nevylučují. K provedení navrhovaného vyšetření je potřeba Vašeho souhlasu.

Druh a povaha výkonu:
Ošetření elektro-antiperspirantem je založeno na principu iontoforézy. Iontoforéza je schopna působením slabé elektrické energie o vhodné frekvenci dlouhodobě blokovat nadměrně aktivní potní žlázy.

Účel a předpokládaný prospěch výkonu:
Přístroj elektro-antiperspirant slouží ke zmírnění potíží způsobených nadměrným pocením v ošetřované lokalitě. Úspěšnost léčby závisí na dodržování harmonogramu léčebných procedur.

Průběh výkonu:
Před zahájením procedury je nutné sundat všechny kovové předměty, jako jsou šperky, hodinky atd. Pokud máte na ošetřovaných částech těla oděrky, ranky či jiná poškození, ošetřete je malým množstvím masti (modrá Indulona, vazelína).

Terapie spočívá v zavedení velmi malého množství elektrického proudu o vhodné frekvenci do horních vrstev kůže, kde jsou umístěné potní žlázy. Napětí elektrického proudu je velmi nízké, není proto mít obavu z negativních účinků. Během terapie budete cítit velmi jemné brnění.

Možná rizika, komplikace a následky výkonu:
Nikdy během zákroku nevyndávejte ponořené končetiny z vody ani neuvolňujte elektrody z podpaží. V průběhu procedury může dojít k dočasnému zarudnutí pokožky na ošetřovaných místech. Mezi kontraindikace patří těhotenství, srdeční potíže, kovové ortopedické implantáty a kardiostimulátor.

Alternativy výkonu:
Alternativou jsou lokální antiperspiranty nebo injekční ošetření dané oblasti botulotoxinem.

Omezení v obvyklém způsobu života a pracovní schopnosti:
Nejsou žádná omezení.

Následný léčebný režim, preventivní opatření a kontrolní zdravotní výkony:
Pocení ustupuje po prvních 4-5 léčebných procedurách. Pro adekvátní výsledek je nutno dokončit celou sérii 10 ošetření. Doba, za kterou pocení ustoupí je však individuální a pohybuje se v rozmezí 1-4 týdnů. Pokud by se pocení v průběhu dalších dnů či měsíců začalo opět zhoršovat, lze efekt obnovit vždy 1-2 dalšími ošetřeními.

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: ……