

SVOBODNÝ A INFORMOVANÝ SOUHLAS S VÝKONEM EXCIZE ROTAČNÍM PRŮBOJNÍKEM

Jméno, příjmení:

Datum narození/rodné číslo:

Bydliště: Kód ZP:

Důvod realizace tohoto zdravotního výkonu: Stanovení histologické diagnózy.

Vážená paní, vážený pane,

Váš ošetřující lékař Vám na základě Vašeho zdravotního stavu doporučil **EXCIZI ROTAČNÍM PRŮBOJNÍKEM**. 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:

Excize rotačním průbojníkem je diagnostický výkon, při němž lékař provede odběr kožní tkáně pro histologické vyšetření. Může se přitom jednat o excizi celého útvaru, eventuálně o odběr malého kousku tkáně z většího ložiska k přesnějšímu stanovení diagnózy. Excize se provádí kruhovým rotačním nožem (průbojníkem) bez nutnosti sutury (šití). Maximum velikosti odebrané tkáně na našem pracovišti je kruh o průměru 3-5 mm, jehož velikost postačí histologovi k provedení histologického rozboru.

Účel a předpokládaný prospěch výkonu:

Výkon slouží ke stanovení diagnózy.

Průběh výkonu:

Dodržujeme zásady chirurgické asepsy. Místo, kde budeme provádět excizi, dobře dezinfikujeme a pak aplikujeme podkožně lokální anestetikum. Vyčkáme několik minut do znecitlivění místa. Přiložíme na vybrané místo rotační průbojník a otáčivým pohybem pronikneme do požadované hloubky. Nůžkami nebo skalpelem odejmeme odebíranou tkáň, kterou vložíme do nádoby s roztokem určené k zaslání na histologické vyšetření. Ránu po excizi ošetříme kompresí.

Možná rizika, komplikace a následky výkonu:

V případě dodržení základních pravidel o asepsi, vyloučení stavů se zvýšenou krvácivostí a anamnestickém vyloučení alergie na aplikované anestetikum, je riziko komplikací minimální. Pokud pacient nemá sklon k tvorbě hypertrofických (zbytnělých) jizev, jsou výsledné jizvy po čase velmi nenápadné.

Alternativy výkonu:

Lze nahradit pouze klasickou chirurgickou excizí se suturou (šitím).

Omezení v obvyklém způsobu života a pracovní schopnosti:

Omezení pohybových aktivit, práce v prašném prostředí.

Následný léčebný režim, preventivní opatření a kontrolní zdravotní výkony:

Po ošetření rány kompresivním obvazem pacient vyčká asi 10 minut v čekárně pro případ, že by došlo ke krvácení.

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: