



**POLIKLINIKA I.P. PAVLOVA**

## **Informovaný souhlas – úplné odstranění útvaru z důvodů léčebných nebo diagnostických**

Jméno, příjmení ..... r.č.: .....

bytem .....

### **Informace o právech klienta**

Vážená klientko, vážený kliente,

dovolte nám přivítat Vás na naší poliklinice a ujistit Vás, že si velmi vážíme Vaší důvěry. Chceme Vás touto formou informovat o plánovaném léčebném výkonu.

Věnujte proto, prosím, náležitou pozornost následujícím informacím.

Lékař, který provádí výkon a poučení, je Vaším partnerem, který je Vám při Vašem rozhodování nápomocen. Za tím účelem Vám poskytuje informace o účelu a povaze zákroku, jakož i jeho důsledcích a rizicích. Je připraven Vám zodpovědět veškeré Vaše další doplňující dotazy týkající se plánovaného lékařského zákroku. Buďte ujisti, že žádný lékařský zákrok, který je Vám lékařem našeho zdravotnického zařízení navržen, není z lékařského hlediska nevhodný. Důvodem Vaší účasti na rozhodování o provedení konkrétního lékařského zákroku je především zohlednění Vašich osobních preferencí, Vašich specifických požadavků a v neposlední řadě Vaší plné informovanosti.

### **Informace o plánovaném výkonu**

Následující text sumarizuje problematiku Vašeho onemocnění, jeho řešení, důsledky výkonu a v neposlední řadě také případná rizika, která ani při naprosto správně provedeném lékařském zákroku nelze zcela vyloučit. Prosíme, využijte svého práva klást lékaři doplňující dotazy k odstranění Vašich jakýchkoliv pochybností a nejasností ohledně plánovaného výkonu. Pokud lékař užívá odborných termínů, kterým jako laik nerozumíte, prosím, neváhejte jej na tuto skutečnost upozornit.

Kdekoli v na vašem těle se může vyskytovat atypická tkáň, která není obvyklá a může působit obtíže a je třeba ji odstranit. Ať již z důvodu vašich obtíží – tlak, bolest, deformita, nebo podezření na přítomnost nádorového onemocnění, či z kosmetického důvodu. Odstraněná tkáň bude odeslána k podrobnému mikroskopickému vyšetření – histologické vyšetření.

Zákrok se provádí v místním – lokálním umrtvení. Lokální umrtvení se provádí pomocí anestetika - léku, který brání přenosu pocitu bolesti z místa, kde se bude zákrok provádět. Lék se aplikuje formou injekce do místa zákroku nebo do okolí nervu inervující danou oblast. Vlastní operace spočívá v naříznutí kůže a podkožních tkání v rozsahu, který je potřebný k zajištění přístupu k postižené tkáni a jejímu dostatečnému a bezpečnému odstranění. Je vždy větší, než je velikost původní léze. Poté dojde k odstranění podezřelé tkáně, je zastaveno krvácení a kožní defekt sešit a překryt obvazem. Někdy je zapotřebí vložit drén – hadičku na odvod sekretu, která je ponechávána dostatečnou dobu podle stavu operační rány. Je odstraňována převazujícím lékařem. Po odeznění místního umrtvení budete pociťovat v místě operace bolestivost, kterou můžete zmírnit přiložením chladného obkladu – nepromáčet obvaz - a elevací postižené části nad horizontálu – pokud to lze. Popřípadě lze použít léku na tlášení bolesti, který vám doporučil lékař. Jsou nutné převazy dle doporučení ošetřujícího lékaře. Kožní stehy se odstraňují za 8 – 10 dní dle stavu operační rány.



## POLIKLINIKA I.P. PAVLOVA

### **Možná rizika spojená s provedením výkonu**

Všeobecnými komplikacemi doprovázející tento zákrok je zánět či krvácení v oblasti operační rány, vytvoření abscesu nebo alergická reakce na podání anestetika. Je naším přáním, aby Váš zákrok proběhl bez komplikací, ale i přes pečlivou operační techniku může dojít ke kompletnímu rozpadnutí rány. V oblasti rány se může objevit krevní výron. Někteří jedinci predisponují k tvorbě hypertrofické nebo keloidní jizvy.

### **Prohlášení a souhlas klienta**

Já, níže podepsaný/á, prohlašuji, že jsem byl/a lékařem srozumitelně informován/a o povaze ošetření a byl/a jsem informován/a i o možných rizicích tohoto výkonu. Přečetl/a jsem si informace o možných rizicích a komplikacích vyšetření a vyšetření podstupuji na vlastní zodpovědnost. Měl/a jsem možnost klást lékaři doplňující otázky\* a mé dotazy byly zodpovězeny. Na základě poskytnutých informací a po vlastním zvážení souhlasím s provedením lékařského výkonu. Všemmu jsem porozuměl/a a s navrženým postupem souhlasím.

V Praze dne:

Podpis klienta

Poučení provedl:

Podpis pracovníka

\* Byly kladeny tyto otázky: