



**POLIKLINIKA I.P. PAVLOVA**

## **Informovaný souhlas - aplikace PRP RegenLab**

Jméno, příjmení ..... r.č.: .....

bytem .....

Datum aplikace:

### **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 ujištěni, 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 průběh výkonu a 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.

Jedná se o vědecky podloženou metodu autologní regenerativní medicíny, založenou na využití vlastní bioaktivní plazmy bohaté na trombocyty. Může být také aplikováno v kombinaci s nezasíťovanou kyselinou hyaluronovou (produkt Cellular Matrix). S přibývajícimi léty dochází k poškození DNA a buněčných struktur. Plazma PRP bohatá na trombocyty, pomáhá účinně regenerovat kožní buňky. Obsahuje růstové faktory, které stimulují růst buněk a napomáhají protizánětlivým mechanismem k regeneraci poškozených buněk. Vysoký obsah aktivních trombocytů obsažených v plazmě napomáhá k přirozené regeneraci pokožky.

Přípravek je připraven z vlastních buněk, je tedy minimalizován výskyt nežádoucích účinků. Nejprve je odebráno malé množství krve (běžný odběr krve ze žíly), která je ihned zpracována ve speciální zkumavce, která již obsahuje kyselinu hyaluronovou. Během cca 10 min je plazma bohatá na trombocyty v kombinaci s kyselinou hyaluronovou připravena k aplikaci. Aplikace se provádí stejným způsobem jako obstřík kloubu.

### **Kontraindikace**

- Infekční onemocnění včetně akutního respiračního infektu/nachlazení;
- Aktivně léčené nádorové onemocnění a období 6 měsíců až 1 roku po ukončení aktivní léčby (chemoterapie či radioterapie) nádorového onemocnění;
- Systémové autoimunitní onemocnění;
- Podezření na nádorové onemocnění; Systémová imunosupresivní léčba;
- Trvalé užívání nesteroidních antiflogistik a kortikosteroidů v terapeutických dávkách v posledních 4 týdnech – resp. minimálně 5 dnů před plánovaným odběrem krve je nutno tyto léky vysadit. Lze však ponechat např. inhalační kortikosteroidy užívané pro kompenzaci astmatu;
- Infarkt myokardu nebo srdeční selhání v posledních 3 měsících;
- Cévní mozková příhoda v posledních 3 měsících;



## POLIKLINIKA I.P. PAVLOVA

- Těhotenství a kojení;
- Objektivně prokázaná nekróza kosti;
- Psychická labilita pacienta, užívání psychofarmak;
- Zdravotní stav pacienta, který dle ošetřujícího lékaře neumožňuje bezpečné podání PRP na místo určení.

**Pokud vykazujete některou z kontraindikací výše, ihned upozorněte na tuto skutečnost lékaře.**

**Situace, kdy vhodnost aplikace posoudí lékař individuálně:**

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

Alergická reakce je možná pouze na použitý dezinfekční prostředek, projeví se zarudnutím, otokem nebo vyrážkou v místě postříku. V případě těchto reakcí okamžitě upozorněte lékaře.

### **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 aplikaci PRP podstupuji na vlastní zodpovědnost. Zavazuji se, že se budu řídit veškerými doporučeními lékaře. 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: