

Informovaný souhlas pacienta (zákonného zástupce pacienta) s kryalizací

Pacient – jméno a příjmení:	Rodné číslo (číslo pojištění):
Datum narození: (není-li rodné číslo)	Kód zdravotní pojišťovny:
Adresa trvalého pobytu pacienta: (případně jiná adresa)	
Jméno zákonného zástupce (opatrovníka):	Rodné číslo:

Název výkonu (česky)**Kryalizace (mražení)****Účel výkonu**

- ☐ Povrchová kryalizace – účelem je navodit olupování povrchových vrstev kůže
- ☐ Hluboká kryalizace (kryodestrukce) – účelem je vyvolat nekrózu (odumření) nežádoucí tkáně

Povaha výkonu

- ☐ Povrchová kryalizace – na kůži působíme směsí sněhu kyseliny uhličitě a acetonu nebo kapalným dusíkem (pomocí štětičky).
- ☐ Hluboká kryalizace (kryodestrukce) - pomocí speciálního přístroje chlazeného kapalným dusíkem působíme na povrch kůže i na hlouběji uložené měkké tkáně. Výkon lze provést v místním umrtvení injekční anestézií.

Předpokládaný prospěch výkonu

- ☐ Povrchová kryalizace – dochází k olupování povrchových vrstev kůže (obvykle ve formě šupinek nebo větší šupiny a tím k zesvětlení nežádoucích hyperpigmentací.
- ☐ Hluboká kryalizace (kryodestrukce) - po vytvoření puchýře dojde k odumření nežádoucí tkáně. V případě léčby keloidu se jizva se stává plošší a pružnější, kosmeticky přijatelnější.

Alternativa výkonu

- ☐ neexistuje
- ☐ laserové ošetření

Možná rizika zvoleného výkonu

Povrchová kryalizace: puchýř, mírná bolestivost, zcela výjimečně infekce, jizvení.

Hluboká kryalizace: pocity pálení až bolestivost 24 hodin po výkonu, stroupky, alergická reakce na použité látky (zejména anestézii a antibiotickou masť), povrch. infekce kůže, porucha pigmentace v blízkém okolí jizvy.

Následky výkonu

- ☐ nutnost používat po ošetření vhodné přípravky dle instrukce lékaře
- ☐ chránit ošetřené místo po zhojení před expozicí UV záření

Souhlas:**pozn. Vaši odpověď zakroužkujte:**

Byl(a) jsem srozumitelně informován(a) o alternativách výkonu prováděných ve FN Olomouc, ze kterých mám možnost volit.	ANO	NE
Byl(a) jsem informován(a) o možném omezení v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti po provedení příslušného zdravotního výkonu, v případě možné nebo očekávané změny zdravotního stavu též o změnách zdravotní způsobilosti.	ANO	NE
Byl(a) jsem informován(a) o léčebném režimu a preventivních opatřeních, která jsou vhodná, o provedení kontrolních zdravotních výkonů.	ANO	NE

Všem těmto vysvětlením a informacím, které mi byly lékařem sděleny a vysvětleny, jsem porozuměl(a), měl(a) jsem možnost klást doplňující otázky, které mi byly lékařem zodpovězeny.	ANO	NE
---	-----	----

Po výše uvedeném seznámení prohlašuji:		
- že souhlasím s navrhovanou péčí a s provedením výkonu a v případě výskytu neočekávaných komplikací, vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků nutných k záchraně života nebo zdraví.	ANO	NE
- že jsem lékařům nezamlčel(a) žádné mně známé údaje o mém zdravotním stavu, jež by mohly nepříznivě ovlivnit moji léčbu či ohrozit mé okolí, zejména rozšířením přenosné choroby:	ANO	NE
- že v případě nutnosti dávám souhlas k odběru biologického materiálu (krev, moč...) na potřebná vyšetření k vyloučení zejména přenosné choroby.	ANO	NE

Datum:	Hodina	Podpis pacienta nebo zákonného zástupce (opatrovníka)

Jméno příjmení lékaře, který podal informaci	Podpis lékaře, který podal informaci

Pokud se pacient nemůže podepsat, uveďte důvody, pro které se pacient nemohl podepsat:			
Jak pacient projevil svou vůli:			
Jméno a příjmení zdravotnického pracovníka/svědka	Podpis zdravotnického pracovníka/svědka	Datum:	Hodina