

**Informovaný souhlas pacienta (zákonného zástupce pacienta) s odstraněním  
znaménky, bradavice, kožního nádoru, cysty  
a podobných kožních změn na operačním sálku**

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)**

**Odstranění znaménka, bradavice, kožního nádoru, cysty a podobných kožních změn**

**Účel výkonu** je odstranění výše uvedených změn z důvodů:

- preventivních (k vyloučení příp. nežádoucího vývoje v budoucnu, zejména u znamének)
- léčebných (nutnost odstranění stávajícího projevu ze zdravotních důvodů nebo z důvodu zlepšení komfortu pacienta)
- estetických (kožní projev pacientovi vadí, ale jeho odstranění není jinak nutné).

**Povaha výkonu**

Výkon se obvykle provádí v místním znecitlivění, nejčastěji injekcí Mesocainu 1%, kterou aplikujeme do měkkých tkání (kůže, případně podkoží) v operovaném místě. U pacientů alergických na Mesocain používáme jiné typy znecitlivujících roztoků. Excize (vyříznutí) se provádí buďto klasickým způsobem (skalpelem), nebo tzv. průbojníkem (nástroj s kruhovým ostřím). Po excizi následuje sešití rány nevstřebatelnými stehy, pouze po excizi průbojníkem je v určitých případech (stanoví lékař) vhodnější ponechat ranku bez šití. Odstranění povrch. útvarů (např. „stařeckých bradavic“) se provádí exkochleací (seškrábnutím -obvykle skalpelem, kyretou nebo lžičkou) bez následného šití. Některé změny, zejm. cévní (hemangiom), se odstraňují elektrokoagulací.

**Předpokládaný prospěch výkonu**

- Vyloučení nebo omezení možnosti případného dalšího nežádoucího vývoje kožního útvaru
- Zlepšení estetického vzhledu kůže

**Alternativa výkonu**

- Léčba ionizujícím zářením (RTG terapie) – v daném případě však méně vhodná
- Odstranění chirurgickým laserem - v daném případě však méně vhodná
- Kryalizace (mražení) - v daném případě však méně vhodná

**Možná rizika zvoleného výkonu**

Alergická reakce na znecitlivující injekci, krvácení, rozestup rány, infekce rány, vznik nápadnější jizvy (při individuálním sklonu), přechodné zesvětlení nebo ztmavnutí kůže v místě výkonu

**Následky výkonu**

- u šitých excizi do odstranění stehů ošetřené místo chránit dle pokynů zdravotnického personálu, tj. chánit před namáčením a vyvarovat se napínání svalů v postiženém místě, ránu kryt steril. obvazem
- u nešitých výkonů ránu udržovat v čistotě a případně mazat dle doporučení

**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	<b>Podpis pacienta</b> nebo zákonného zástupce (opatrovníka)

<b>Jméno příjmení lékaře</b> , který podal informaci	<b>Podpis lékaře</b> , který podal informaci

**Pokud se pacient nemůže podepsat, uveďte důvody, pro které se pacient nemohl podepsat:**

--

**Jak pacient projevil svou vůli:**

--

<b>Jméno a příjmení zdravotnického pracovníka/svědka</b>	<b>Podpis zdravotnického pracovníka/svědka</b>	<b>Datum:</b>	<b>Hodina</b>