

Informovaný souhlas pacienta (zákonného zástupce pacienta) s provedením chemického peelingu

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)

Chemický peeling (slupovací léčba)

Účel výkonu

Účelem výkonu je navodit olupování povrchových vrstev kůže pomocí aplikace speciálních chemických látek.

Povaha výkonu

Provedení peelingu předchází domácí příprava. Před vlastním peelingem je kůže očištěna, poté se na kůži aplikuje speciální roztok pomocí tamponu nebo štětce. U některých typů chemického peelingu následuje neutralizace. Procedura je obvykle zakončena aplikací zklidňujícího krému.

Předpokládaný prospěch výkonu

Cílem výkonu je zlepšení vzhledu kůže, které je podmíněné zlepšením prokrvení pleti, její tonizací, zmírněním nerovností (jako jsou vrásky, změny po akné apod.) a zmírněním hyperpigmentací.

Alternativa výkonu

- neexistuje
- kryalizace
- laserové ošetření (mimo FN)
- dermabraze (mimo FN)

Možná rizika zvoleného výkonu

Pocity tepla nebo pálení (srovnatelné se spálením na slunci), výrazné olupování, zvýšená citlivost a pnutí kůže, puchýřky, otok, stroupky, alergická reakce na použité látky, povrchová infekce kůže (zejména u akné), přechodné zhoršení akné, ztmavnutí kůže (hyperpigmentace) zejména v případě expozice slunečnímu záření

Následky výkonu

- nutnost ošetřovat pleť vhodnými přípravky dle instrukce lékaře
- chránit se před expozicí UV záření cca 1 měsíc po provedení peelingu

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

