

Informovaný souhlas pacienta (zákonného zástupce pacienta) s biopsií kůže

Pacient – jméno a příjmení:	Rodné číslo (číslo pojištěnce):
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)

Odběr vzorku kůže

Účel výkonu

Účelem výkonu je získat kožní částici z místa postiženého chorobným procesem.

Povaha výkonu

Výkon se provádí v místním znecitlivění, nejčastěji injekcí Mesocainu 1%, kterou aplikujeme do měkkých tkání (kůže, případně podkoží) v operovaném místě odběru. 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.

Předpokládaný prospěch výkonu

Odebraná tkáň je odeslána k histopatologickému (výjimečně též k mikrobiologickému) vyšetření, které přispívá k objasnění diagnózy

Alternativa výkonu

Neexistuje

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 sterilním obvazem
- u nešitých výkonů ránu udržovat v čistotě a případně aplikovat mast 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	Podpis pacienta nebo zákonného zástupce (opatrovníka)

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

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

