

Informovaný souhlas pacienta (zákonného zástupce pacienta) se sklerotizací

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

Sklerotizace rozšířených žilek

Účel výkonu

Účelem výkonu je odstranění nebo snížení množství rozšířených žilek, obvykle na dolních končetinách.

Povaha výkonu

Výkon se provádí tak, že se do rozšířených cévek aplikuje tenkou jehlou malé množství roztoku (obvykle Aethoxysclerol), který uvnitř cévy způsobí zanícení vnitřní vrstvy cévy a její následný uzávěr. Množství vpichů závisí na počtu ošetřovaných cévek.

Předpokládaný prospěch výkonu

Zlepšení estetického vzhledu kůže. Ošetřenou cévou po jejím uzávěru přestane proudit krev a krevní náplň tedy neprosvítá rušivě kůží.

Alternativa výkonu

Ošetření cévním laserem

Možná rizika zvoleného výkonu

Rizika, vyskytující se prakticky vždy: drobná krvácení do kůže v místě vpichu

Rizika, vyskytující se běžně: přechodné nebo i trvalé narezavělé ztmavnutí kůže v místě výkonu, podmíněné uložením krevního pigmentu hemosiderinu do tkání v okolí cévy, přechodné nebo i trvalé ztmavnutí nebo zesvětlení kůže v místě ošetření, podmíněné zmnožením nebo úbytkem kožního pigmentu melaninu v okolních tkáních.

Rizika, vyskytující se výjimečně: Alergická reakce na sklerotizační roztok, povrchová nekróza až vznik vředu v místě aplikace roztoku s následnou jizvou, infekce kůže v místě aplikace.

Následky výkonu

Nejméně 1 týden po výkonu je potřeba nosit elastické kompresivní punčochy/punčocháče ve dne i v noci, nejméně další týden je potřeba kompresi nosit alespoň během dne. Vyvarovat se sauny, kontaktu s velmi teplou vodou při mytí, výrazné fyzické zátěže po dobu cca 4 týdnů.

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 projevilsvou vůli:

--

Jméno a příjmení zdravotnického pracovníka/svědka	Podpis zdravotnického pracovníka/svědka	Datum:	Hodina