

Informovaný souhlas pacienta s provedením korekce vrásek

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

Název výkonu)

Korekce vrásek aplikací výplňových materiálů injekční technikou

Účel výkonu

Účelem výkonu je vyhladit obličejové vrásky a zlepšit hydrataci a elasticitu pleti, event. vylepšit kontury rtů nebo celého obličeje.

Povaha výkonu

Výkon trvá cca 30 minut. Aplikace výplňových materiálů pomocí tenké jehly je mírně bolestivá, před výkonem je možné aplikovat znecitlivující krém nebo použít injekční anestezii (zejména při zvětšování rtů). Výsledky jsou okamžitě viditelné, efekt je dlouhodobý, ale není trvalý. Po výkonu nedochází k žádnému nepříznivému dopadu na váš každodenní život.

Předpokládaný prospěch výkonu

Cílem výkonu je zmírnit příznaky stárnutí a celkově zlepšit stav pleti.

Alternativa výkonu

- neexistuje
- aplikace botulotoxinu
- laserové ošetření
- chemický peeling

Možná rizika zvoleného výkonu

V některých případech se mohou vyskytnout zarudnutí, mírný otok nebo drobný hematom (vzácně) v místě aplikace výplňových materiálů, které samovolně vymizí.

Doporučení před a po výkonu

- týden před výkonem se nedoporučuje užívání vysokých dávek vitamínu C, Acylpyrinu, protizánětlivých přípravků a léků na ředění krve (antikoagulancií)
- chránit se před nadměrným působením tepla a chladu alespoň týden po výkonu

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