

## Informovaný souhlas pacienta s provedením korekce nadměrného pocení botulotoxinem

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 nadměrného pocení (hyperhidrózy) aplikací botulotoxinu injekční technikou**

### Účel výkonu

Účelem výkonu je potlačit nadměrné pocení v ošetřené oblasti. Lidé trpící nadměrným pocením bývají společensky znevýhodněni. K nadměrnému pocení dochází zvýšenou činností potních žláz. Princip účinku botulotoxinu spočívá v zabránění převodu vzruchů nervových vláken na potní žlázy.

### Povaha výkonu

Výkon trvá cca 30 minut. Aplikace botulotoxinu pomocí tenké jehly je mírně bolestivá, před výkonem je možné aplikovat znečítlivující krém. Výsledky jsou viditelné v průměru za 3-7 dní, efekt je dlouhodobý (4-6 měsíců), ale není trvalý. Poté je vhodné aplikaci opakovat. Po výkonu nedochází k žádnému nepříznivému dopadu na váš každodenní život.

### Předpokládaný prospěch výkonu

Cílem výkonu je odstranit nadměrné pocení v ošetřené oblasti.

### Alternativa výkonu

- chirurgický zákrok
- laserové ošetření

### Možná rizika zvoleného výkonu

V některých případech se mohou vyskytnout lehké zarudnutí a pálení, mírný otok nebo drobný hematom (vzácně) v místě aplikace botulotoxinu, které samovolně vymizí. Velmi vzácně se může vyskytnout alergie na složky přípravku.

### Doporučení po výkonu

- žádná zvláštní omezení po zákroku nejsou nutná

### 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

<b>Po výše uvedeném seznámení prohlašuji:</b>		
- 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

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