

Informovaný souhlas pacienta (zákonného zástupce pacienta) s biopsií kůže

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

Odběr vzorku kůže.

Účel výkonu

Získat vzorek kůže k diagnostice možného poškození nervových zakončení, které se nacházejí v kůži a podkoží.

Povaha výkonu

Výkon se provádí v místním znecitlivění, nejčastěji injekcí Mesocainu 1%, kterou aplikujeme do měkkých tkání (kůže, případně podkoží) v místě odběru. U pacientů alergických na Mesocain používáme jiné typy znecitlivujících roztoků. Po aplikaci je zákrok pro pacienta bezbolestný.

Excize (vyříznutí) se provádí tzv. průbojníkem, což je lékařský nástroj s kruhovým ostřím. Po excizi jsou okraje rány sešity nevstřebatelnými stehy.

Předpokládaný prospěch výkonu

Odebraná tkáň je odeslána k vyšetření, které vysoce citlivě a specificky přispívá k objasnění diagnózy u pacientů s bolestivou neuropatií.

Alternativa výkonu

Neexistuje.

Následky výkonu

Než budou odstraněny stehy (přibližně mezi 7. - 10. dnem) je nutné místo chránit dle pokynů zdravotnického personálu, tj. chránit před namáčením, vyvarovat se činností, které by ránu natahovaly a na ránu pravidelně vyměňovat sterilní krytí jako prevence vzniku infekce.

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.

Pozn.: Vaši odpověď zakroužkujte

1. Máte zvýšený sklon ke krvácení či trpíte tvorbou krevních podlitin již při malých poraněních nebo po vytržení zubu?	ANO	NE
2. Užíváte léky, které mění krevní srážlivost?	ANO	NE

Souhlas:

Byl jsem informován 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 jsem informován 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, měl 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, souhlasím s jejich provedením.	ANO	NE
- že jsem lékařům nezamlčel 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
- že souhlasím s přítomností studentů a stážistů při poskytování zdravotních služeb.	ANO	NE
- že souhlasím s tím, aby studenti a stážisté nahlíželi do mé zdravotnické dokumentace a to pouze v nezbytném rozsahu a na základě pověření stanoveným zdravotnickým pracovníkem.	ANO	NE

Datum	Hodina	Podpis pacienta nebo zákonného zástupce (opatrovníka)

Jméno příjmení lékaře(ky), který(á) podal(a) informaci	Podpis lékaře(ky), který(á) podal(a) informaci

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