

**Informovaný souhlas pacienta (zákonného zástupce pacienta) s odstraněním
suspektního kožního onemocnění v oblasti hlavy a krku**

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**Totální exstirpace**

(totální, případně částečné odstranění kožního nálezu v oblasti hlavy a krku)

Účel výkonu

Výkon se provádí jako odstranění kožního tumoru nebo z důvodu odebrání vzorku k histologickému vyšetření. V případě, že pacient výkon odmítá, může dojít ke zhoršení a komplikacím zdravotního stavu pacienta.

Povaha výkonu

Většinou je výkon prováděn v lokální anestézii ze zevního přístupu kožním řezem na místě nálezu. Úplně se odstraní podezřelý tumor, event. na žádost odborného lékaře se provede bioptická excize z oblasti tumoru k dalším diagnostickým – histologickým vyšetřením.

Předpokládaný prospěch výkonu

Zamezení rozvoje onemocnění kůže pokud jde o zhoubné onemocnění, zamezení rozvoje onemocnění při jiných kožních onemocněních.

Alternativa výkonu

Není, pokud jde o výkon diagnostický.

Následky výkonu

Možná keloidní jizva, tah v jizvě způsobený srůsty v ráně, zhoršení hojení rány.

Možná rizika zvoleného výkonu

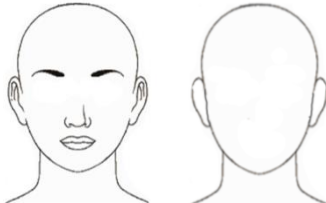
Během výkonu – krvácení.

Po výkonu - krvácení v ráně, zhoršení hojení při jiné chronické nemoci u pacienta.

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, souhlasím s jejich provedením.	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

Stranový verifikační protokol (vyplňuje lékař)		
Ověření lokalizace výkonu:	Část těla	Strana
Ověření dle ambulantní karty	☐ ANO ☐ NE	☐ Pravá ☐ Levá ☐ Jiné*
Ověření dle chorobopisu	☐ ANO ☐ NE	☐ Pravá ☐ Levá ☐ Jiné*
Ověření dle zobrazovacích metod	☐ RTG ☐ UZ ☐ CT ☐ Jiné:	☐ Pravá ☐ Levá ☐ Jiné*
Závěr - část těla (*v případě zaměnitelné úrovně, proveďte specifikaci místa výkonu - úroveň):		
Lokalizace výkonu označena: ☐ ANO ☐ NE		
Důvod neoznačení: ☐ zdravotní stav pacienta neumožňuje prodlevu péče potřebnou k označení ☐ pacient s označením nesouhlasí		
		

Datum	Hodina	Podpis pacienta nebo zákonného zástupce (opatrovníka)

Jméno a 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