

Souhlas s léčebným postupem / výkonem

Jméno a příjmení pacienta: _____

Rodné číslo: _____

Bydliště: _____

Vážená paní / Vážený pane,

Na základě Vašeho aktuálního zdravotního stavu Vám byl lékařem navržen níže popsaný výkon.

Účel a povaha výkonu:

Účelem tohoto výkonu je _____

Průběh výkonu:

Předpokládaný přínos výkonu:

Jiné (alternativní) možnosti řešení současného zdravotního stavu mimo navrhovaný výkon včetně výhod a nevýhod:

Alternativní možností je konzervativní léčba pomocí léků a fyzioterapie. Výhodou je nezatížení pacienta operačním výkonem s uvedenými riziky, nevýhodou pak může být přetrvávání obtíží či funkčního omezení, které může vést k progresi poškození a dalším strukturálním změnám v postižené oblasti.

Další alternativy: _____

Možná rizika, důsledky a komplikující stavy výkonu:

Žádný zákrok v oblasti péče o zdraví není bez rizik. I přes správně poskytnutou, náležitou a důslednou péči zdravotnických pracovníků, kteří se na poskytování zdravotních služeb podílejí, může během výkonu nebo po něm dojít ke komplikacím, a to i takovým, které zde nejsou výslovně uvedeny. Tyto situace mohou vyžadovat dodatečnou zdravotní péči a ve výjimečných případech mohou i ohrožovat život pacienta.

Běžné následky výkonu:

- Bolest v místě operace, která obvykle odezní během několika týdnů.
- Otok, který může přetrvávat až několik měsíců.
- Komplikace spojené s celkovou anestézií jako nauzea, zvracení a podobně jsou vypsány v samostatném souhlasu k anestezii.

Rizika:

- Infekce rány, tvorba hematomu.
- Alergické reakce na použitý materiál či léky.
- Omezení hybnosti, vznik srůstů a pooperační ztuhlosti.
- Poškození nervů nebo cév v oblasti operace (vzácně, může vést k dočasnému či trvalému oslabení nebo změně citlivosti operované oblasti).

- _____
- _____
- _____

Následný léčebný režim, omezení v obvyklém způsobu života a pracovní schopnosti:

Po zákroku může být pracovní schopnost dočasně omezena v závislosti na jeho rozsahu, průběhu hojení a povaze a náročnosti vykonávané práce. Obvyklá doba pracovní neschopnosti je _____.

Omezení v pohybu a dalších činnostech a doporučený následný režim:

Sprchování je možné od ____ dne po operaci, nicméně je třeba po osprchování rány dezinfikovat a čistě krýt. Koupání vč. vany, bazénu atp. se nedoporučuje po dobu _____ po zákroku, aby se předešlo riziku infekce.

Stehy se obvykle odstraňují po 10-14 dnech, pokud nejsou vstřebatelné; o konkrétním termínu odstranění stehů Vás bude informovat lékař či koordinátor.

Péče o jizvy zahrnuje pravidelné kontrolování operačních ran a jejich šetrné čištění. Po zhojení je vhodné jizvu jemně masírovat, aby se předešlo tvorbě ztuhlých jizev.

Rány je nutné po výkonu sledovat a ihned kontaktovat lékaře, pokud by došlo ke vzniku otoku, zarudnutí, horečky, zvýšené bolesti nebo výtoku z ran, což může být známkou infekce nebo jiných komplikací.

Prohlášení lékaře:

Prohlašuji, že jsem pacienta informoval o jeho aktuálním zdravotním stavu a jeho předpokládaném vývoji, vysvětlil jsem mu podstatu výkonu včetně možných důsledků a výše uvedených rizik. Rovněž jsem ho seznámil s důsledky odmítnutí navrhovaného výkonu. Všechny výše uvedené body jsem pacientovi vysvětlil způsobem, který byl pro něj podle mého názoru srozumitelný.

V Liberci dne: _____

Jméno a podpis lékaře: _____

Informace pro pacienta:

Prosím, přečtete si pozorně všechny strany tohoto dokumentu. Pokud jste zcela neporozuměl/a lékařovu vysvětlení, nebo potřebujete-li další informace, neváhejte se prosím lékaře zeptat.

Zájmem lékaře je Vám pomoci. Lékař Vám vysvětlí podstatu výkonu a seznámí Vás s možnými alternativami. Můžete mu položit doplňující otázky. Máte právo navržený výkon odmítnout. Máte právo na druhý názor.

Jestliže s textem prohlášení souhlasíte, prosím podepište jej.

Prohlášení pacienta:

Prohlašuji, že jsem byl/a lékařem v klidu a dostatečném časovém prostoru, srozumitelně informován/a o aktuálním zdravotním stavu a jeho předpokládaném vývoji, byl/a jsem seznámen/a s podstatou výkonu, včetně možných důsledků a výše uvedených rizik, a rovněž o jeho alternativách. Na základě tohoto poučení prohlašuji, že souhlasím s uvedeným výkonem, i s tím, že může být proveden jakýkoliv další výkon, pokud by jeho neprovedení bezprostředně ohrozilo můj zdravotní stav nebo život.

Informacím jsem plně porozuměl/a. Má znalost jazyka, ve kterém je prohlášení psáno, je na takové úrovni, že jsem vše pochopil/a. Byla mi dána možnost klást doplňující dotazy, které mi byly řádně a dostatečně zodpovězeny.

Na základě poskytnutých informací a po vlastním zvážení svobodně a výslovně souhlasím s výše uvedeným výkonem.

Prohlašuji, že jsem nezamlčel/a žádné známé údaje o svém zdravotním stavu, které by mohly nepříznivě ovlivnit moji léčbu.

Po přečtení poučení mám tyto připomínky, požadavky, námitky:

V Liberci dne: _____

Podpis pacienta: _____

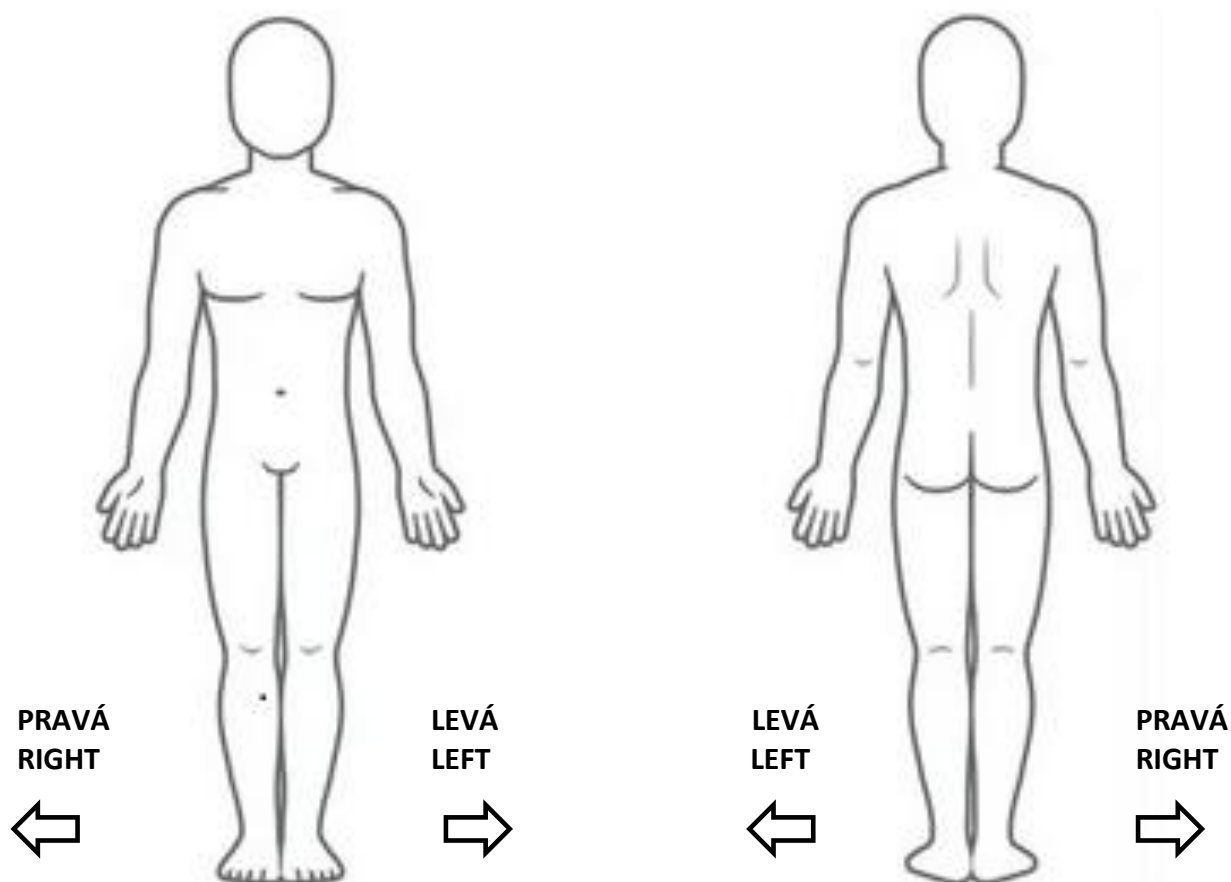
(případně jméno, příjmení a podpis zákonného zástupce)

Verifikační protokol pro potvrzení operované/vyšetřované strany

Jméno a příjmení pacienta: _____

Rodné číslo: _____

Na obrázku označte operované místo



	Strana: zaškrtněte X – ano		datum	podpis (+ jmenovka zdravotníka)
	pravá	levá		
Pacient/ka				
Lékař v ambulanci				
Sestra při příjmu				
Lékař při příjmu				
Anesteziolog				