

MÍSTNÍ ZNECITLIVĚNÍ

Poj.:

Strana 1 / 3

DG:

Č.chorobopisu:

Vážená pacientko, vážený paciente, vážení rodiče,

vzhledem k Vašemu zdravotnímu stavu (zdravotnímu stavu Vašeho dítěte) je Vám doporučeno provedení výše uvedeného zákroku (výkonu). Před vlastním výkonem s Vámi lékař/ka hovořil/a o účelu a možnostech provedení zákroku. Seznámil/a Vás s možnými riziky a komplikacemi plánovaného výkonu, abyste se mohl/a rozhodnout dát k provedení zákroku svůj souhlas.

Zákonný zástupce pacienta: - - -

Lékař, který provedl poučení: FlexFormClientExt

Vážená pacientko, vážený paciente, vážení rodiče,

vzhledem k Vašemu zdravotnímu stavu (zdravotnímu stavu Vašeho dítěte) je vám doporučeno provedení výše uvedeného zákroku (výkonu). Před vlastním výkonem s Vámi lékař/ka hovořil/a o účelu a možnostech provedení zákroku. Seznámil/a Vás s možnými riziky a komplikacemi plánovaného výkonu, abyste se mohl/a rozhodnout a dát k provedení zákroku svůj souhlas.

Účel, povaha a důsledky výkonu:

Účelem je znecitlivit v určitém místě kožní povrch a tím umožnit chirurgický výkon, při kterém se proniká kůží a podkožím.

Příprava k výkonu:

Příprava spočívá v oholení a umytí místa a v jeho dezinfekci. Důležitá je informace o případných alergiích, které se mohou vyskytovat na léky používané k znecitlivění

Provedení výkonu:

Po přípravě a dezinfekci místa znecitlivění se do podkoží injekcí vpraví lék působící znecitlivění. Dávka je závislá na délce a rozsahu zákroku, pro který se znecitlivění provádí.

Doporučený režim po výkonu:

Po odeznění účinku anestetika se může objevit bolest v místě provedeného výkonu.

Možné komplikace a rizika:

Při napíchnutí podkožní cévy se při výkonu může objevit menší krvácení, či drobný podkožní krevní výron (hematom). Vzácně může dojít k infekci v místě vpichu. Alergická reakce místní nebo celková se může objevit i v případě, že pacient doposud žádnou alergickou reakci neměl!

Možné alternativy léčby:

Alternativou je provedení výkonu v celkové anestézii (narkóze) se všemi jejími riziky anebo provedení výkonu zcela bez umrtvení.

Prohlášení o informovaném souhlasu:

Prohlašuji, že jsem tento informovaný souhlas četl(a) a že mi bylo lékařem sděleno a vysvětleno:

MÍSTNÍ ZNECITLIVĚNÍ

Poj.:

Strana 2 / 3

DG:

Č.chorobopisu:

- jaký je účel, povaha, předpokládaný prospěch, následky, možná rizika a komplikace výkonu,
- zda plánovaný výkon má nějakou alternativu a zda mám možnost si zvolit jednu z alternativ,
- k jakým omezením v obvyklém způsobu života, v pracovní schopnosti a změnám v pracovní způsobilosti může příslušný zdravotní výkon vést,
- jaký léčebný režim, následná zdravotní a preventivní opatření jsou vhodná pro plánovaný výkon.

Dále prohlašuji, že jsem měl(a) možnost klást doplňující otázky a zeptat se na vše, co považuji v souvislosti s navrhovaným výkonem za podstatné, a že moje dotazy mi byly lékařem zodpovězeny.

Prohlašuji, že jsem podaným informacím a vysvětlením plně porozuměl(a) a považuji své poučení za dostatečné.

Prohlašuji, že na základě své svobodné vůle a poskytnutých informací souhlasím s provedením navrhovaného zdravotního výkonu.

Souhlasím, aby v případě výskytu neočekávaných komplikací vyžadujících neodkladné provedení dalších výkonů nutných k záchraně mého života byly tyto výkony provedeny.

Byl(a) jsem také poučen(a) o tom, že mohu svůj souhlas s lékařským výkonem kdykoliv před zákrokem odvolat.

Jako zákonný zástupce

~~nezletilého pacienta,~~

~~pacienta zbaveného způsobilosti k právním úkonům, nebo~~

~~pacienta s omezenou způsobilostí k právním úkonům~~

svým podpisem stvrzuji, že jsem obdržel příslušné informace a že tyto výše uvedené informace byly v přiměřeném rozsahu a formě též poskytnuty pacientovi.

Ve Frýdku-Místku dne: **27.6.2016 07:02**

podpis pacienta / zákonného zástupce

podpis lékaře

Podpis svědka poučení a souhlasu pacienta/zákonného zástupce, pokud pacient/zákonný zástupce není schopen se vlastnoručně podepsat:

Důvod, pro nějž pacient/zákonný zástupce není schopen se podepsat:

- - -

Způsob, jak pacient/zákonný zástupce projevil svou vůli:

- - -

Jméno, příjmení, podpis svědka: - - -

MÍSTNÍ ZNECITLIVĚNÍ

Poj.:

Strana 3 / 3

DG:

Č.chorobopisu:

podpis svědka (svědků)

POUZE VZOR, NEVYPLŇUJTE!