

INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTA S VÝKONEM

Urologický ambulantní výkon

Vážená paní, Vážený pane,

Na základě Vašeho aktuálního zdravotního stavu Vám byla lékařem indikována

Máte nezadatelné právo být před Vaším rozhodnutím o těchto postupech podrobně informován/a.

• **Jaký je důvod (indikace) tohoto výkonu:**

Výkon je prováděn v místní anestézii přímo do postiženého místa (infiltrační anestezie).

• **Jaký je režim pacienta před výkonem:**

Je potřeba informovat ošetřujícího lékaře o stavech, které zvyšují riziko, nebo by mohly mít za následek komplikace (alergie na léky, jod, antibiotika, poruchy srážlivosti krve, gravidita, probíhající menstruace, krevní choroby, závažné vnitřní choroby, infekční choroby včetně AIDS a žloutenky, jakékoliv akutní současně probíhající onemocnění).

• **Jaký je postup při provádění výkonu:**

Výkon je prováděn na urologické ambulanci.

• **Jaké jsou možné komplikace a rizika:**

Jako každý zákrok, je i tento spojen s rizikem komplikací. Zde je uveden výčet nejběžnějších komplikací:

- krvácení - projeví se modřinou, vytékáním krve z operační rány, výjimečně si může vyžádat další intervenci
- infekce operační rány související se špatným prokrvením, projeví se bolestmi v operační ráně, jejím zarudnutím, výtokem hnisu z rány, horečkou
- alergie na léky nebo dezinfekční roztok - kopřivka se svěděním kůže, dechové obtíže, slabost, pokles krevního tlaku až šokový stav s celkovým otokem těla
- nelze vyloučit ani výskyt ojedinělých a vzácných komplikací, které nejsou součástí tohoto výčtu

• **Jaký je režim pacienta po provedení výkonu:**

Lékař určí pravidelné kontroly.

razítko a podpis lékaře	
--------------------------------	--

Prohlašuji, že mi byl náležitě objasněn důvod, předpokládaný prospěch, způsob provedení, následky i možná rizika a komplikace plánovaného výkonu. Dále mi byly vysvětleny možné alternativy včetně jejich komplikací a zdravotní důsledky vyplývající z nepodstoupení plánovaného výkonu. Měl/a jsem možnost zeptat se lékaře na všechno, co mě ve vztahu k plánovanému výkonu zajímá a obdržel/a jsem vysvětlení, kterému jsem porozuměl/a. S provedením výše uvedeného výkonu souhlasím.

Bylo mi podáno vysvětlení, že v případě výskytu neočekávaných komplikací vyžadujících neodkladné provedení dalších výkonů nutných k záchraně mého života nebo zdraví, budou tyto výkony provedeny.

Identifikační údaje pacienta:

V Krnově dne:

Jméno:	Rodné číslo:	Podpis:
		➔

Identifikační údaje zákonného zástupce, opatrovníka:

Jméno:	Rodné číslo:	Podpis:

Stav pacienta před propuštěním:	Podpis lékaře, který propouští pacienta do domácí péče:
<input type="checkbox"/> při vědomí <input type="checkbox"/> bez krvácení	
<input type="checkbox"/> poučen o režimu	