

Informovaný souhlas

Jméno a příjmení pacienta:RČ:

Bydliště: kód ZP:

Jméno a příjmení zákonného zástupce*

Klinika / oddělení:

Seznámení provádějící lékař:

Plánovaný výkon: **odstranění melanocytárního naevu („znaménka“)**

Prohlašuji, že jsem četl přílohu, která je nedílnou součástí tohoto informovaného souhlasu a že mi bylo zdravotnickým pracovníkem sděleno a vysvětleno:

- účel, povaha, předpokládaný prospěch, následky a možná rizika zdravotního výkonu,
- zda plánovaný zdravotní výkon má nějakou alternativu a zda mám možnost zvolit si jednu z alternativ,
- možná omezení v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti po provedení příslušného zdravotního výkonu a případné změny zdravotní způsobilosti,
- údaje o léčebném režimu a preventivních opatřeních, která jsou vhodná, o provedení kontrolních zdravotních výkonů.

V případě, že jsem zákonný zástupce nezletilého pacienta, pacienta zbaveného způsobilosti k právním úkonům nebo pacienta s omezenou způsobilostí k právním úkonům svým podpisem stvrzuji, že shora uvedené informace byly poskytnuty v přiměřeném rozsahu a formě též pacientovi.

Poté, co jsem měl(a) možnost klást doplňující otázky a zeptat se na vše, co pokládám za podstatné a moje dotazy mi byly lékařem zodpovězeny, prohlašuji, že jsem podaným informacím a vysvětlením plně porozuměl(a), považuji mé poučení za dostatečné a na základě své svobodné vůle a poskytnutých informací **souhlasím s provedením uvedeného zdravotního výkonu.**

V Brně dne: čas:

podpis:
pacient (zákonný zástupce) seznámení provádějící lékař

V případě, že se pacient (zákonný zástupce) nemůže podepsat:

důvod:

způsob projevu souhlasu:

Svěděk:
jméno a příjmení podpis

Příloha k informovanému souhlasu

s plánovaným výkonem: excize (odstranění) melanocytárního naevu („znaménka“)

lokalizace:.....

- v případě stranového výkonu na straně
- účel, povaha, předpokládaný prospěch, následky a možná rizika plánovaného zdravotního výkonu:
 - smyslem operace je odstranění útvaru na kůži: částečné – úplné
 - pokud je kožní afekce v nevýhodné lokalizaci, kde nelze okraje rány primárně sešít, je možné použít kůži z jiné části těla – nejčastěji z podbřišku nebo ze zadní strany boltece
 - prospěch – histologické zhodnocení vzorku, estetické zlepšení
- údaje o léčebném režimu a preventivních opatřeních, která jsou vhodná, o provedení kontrolních zdravotních výkonů:
 - prevence infekce, krvácení, nutnost následných ambulantních kontrol-
 - další operační zákroky v případě pouze částečného odstranění afekce, popř. korekční operace vedoucí k esteticky výhodnějšímu vzhledu vzniklé jizvy
- **Zjednodušený verifikační protokol pro nemocné se stranovým výkonem**

Strana postižení souhlasí s ambulantní dokumentací a s dokumentací v chorobopisu.

datum	Razítko ošetřujícího/k výkonu předvádějícího lékaře:	podpis
datum	Razítko výkon provádějícího lékaře:	datum

četl:
jméno pacienta (zákonného zástupce)

V Brně dne:

Podpis / souhlas se stranou operace (v případě stranového výkonu)
pacient (zákonný zástupce)