

## Informovaný souhlas

Jméno a příjmení pacienta: .....RČ.: .....

Bydliště: ..... kód ZP: .....

Jméno a příjmení zákonného zástupce .....

Klinika / oddělení: .....

Seznámení provádějící lékař: .....

Plánovaný výkon: ..... **apendektomie** .....

**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: .....

Svědék: .....  
jméno a příjmení ..... podpis

## Příloha k informovanému souhlasu

**s plánovaným výkonem:** apendektomie – odstranění červovitého přívěšku slepého střeva, dle rozhodnutí operátora bude provedeno klasicky či laparoskopicky

- **povaha, předpokládaný prospěch, následky a možná rizika plánovaného zdravotního výkonu:**

**možná rizika** – například krvácení, zánětlivé komplikace, poruchy hojení rány, poranění okolních orgánů dutiny břišní (tlusté či tenké střevo, cévy, močový měchýř, případně další), nutnost reoperace a jiné

u laparoskopické apendektomie je nutno počítat s možností konverze na klasický přístup

při nález jiné patologie v dutině břišní bude případně navíc proveden další chirurgický výkon, pokud jej bude nitrobřišní nález vyžadovat

- **možná omezení v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti po provedení příslušného zdravotního výkonu a případné změny zdravotní způsobilosti:**

měsíc klidový režim, vyloučení fyzické zátěže, péče o ránu

- **údaje o léčebném režimu a preventivních opatřeních, která jsou vhodná, o provedení kontrolních zdravotních výkonů:**

převazy, odstranění stehů, event. další výkony dle potřeby

četl: .....  
jméno pacienta (zákonného zástupce)

V Brně dne: .....

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