

Informovaný souhlas

Jméno a příjmení pacienta:RČ.:
Bydliště: kód ZP:
Jméno a příjmení zákonného zástupce*
Klinika / oddělení:
Seznámení provádějící lékař:
Plánovaný výkon: **operace tříselné kýly vpravo**.....
.....

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: operace tříselné kýly

- **v případě stranového výkonu na straně**...pravé.....
- **účel, povaha, předpokládaný prospěch, následky a možná rizika plánovaného zdravotního výkonu:**

účel – odstranění kýlního vaku, zpevnění břišní stěny, odstranění vyklenutí v třísle

možná rizika – například krvácení, zánětlivé komplikace, poruchy hojení rány, poškození okolních orgánů dutiny břišní, nutnost reoperace pro recidivu kýly nebo jiné komplikace

- **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 chirurgické výkony dle potřeby

- **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)