

INFORMOVANÝ SOUHLAS SE ZDRAVOTNÍ SLUŽBOU (VÝKONEM) ODSTRANĚNÍ NEMOCNÉ KOŽNÍ TKÁŇ ZMRAZENÍM (KRYOTERAPIE)

Pracoviště (oddělení):

Lékař:

Pacient: rodné číslo: _____ / _____

Trvalý pobyt:

Zákonný zástupce*) / opatrovník*): rodné číslo: _____ / _____

Trvalý pobyt:

Svěděk*): datum narození: ____ . ____ . ____

Já, níže podepsaný **pacient** *)/ **zákonný zástupce** *) / **opatrovník** *) tímto prohlašuji, že jsem byl dne ____ . ____ . ____ v ____ : ____ hodin srozumitelným způsobem informován shora uvedeným lékařem o **svém zdravotním stavu** *) / **zdravotním stavu pacienta** *), tj. o příčině a původu nemoci, jejím stadiu a předpokládaném vývoji, a o poskytnutí zdravotní péče spočívající ve výše uvedené zdravotní službě, tj. odstranění nemocné kožní tkáně zmrazením (kryoterapie), která mé osobě*) / pacientu*) bude provedena.

Účelem a předpokládaným přínosem výkonu je šetrná a nekrvavá likvidace nemocné tkáně s následnou regenerací a náhradou novou tkání. Jde o povrchovou aplikaci teplot nižších než -100°C po dobu 1 – 3 minut. Nejsou známy žádné kontraindikace výkonu.

Povaha a postup při provádění výkonu: Vlastní zákrok obvykle trvá 1 – 3 minuty podle velikosti kožní změny a podle požadované hloubky zmrazení. Z chladících látek se v současné době používá především kapalný dusík, který lze aplikovat několika způsoby:

1. Kryokautery – vlastní zmrazení se provádí pomocí kryosond se zaměnitelnými koncovkami.
2. Kryospray – tlaková nádoba, z níž je po stlačení ventilu dusík uvolňován úzkou tryskou přímo na povrch kůže.
3. Některé plošné projevy, zejména nenádorového charakteru, jako např. bradavice, se mrazí přiložením vatové štětičky napuštěné tekutým dusíkem.

Vedlejší efekty / důsledky výkonu: Zákrok je prováděn bolestivostí v místě aplikace, kterou lze omezit místním znecitlivěním před vlastním zákrokem nebo preventivním podáním léků proti bolesti před výkonem. Bolestivost obvykle pacienta nijak neomezuje. U aplikací na chodidle může být pro bolestivost krátkodobě omezena chůze.

Možné komplikace, následky a rizika: Komplikace jsou vzácné, nejčastěji se může objevit výraznější otok a puchýř, který je pro lékaře známkou správně provedené techniky výkonu. Méně často vzniká hnisání v místě odhojujícího se puchýře, zhojení vkleslou jizvou nebo naopak navalitou jizvou, případně nápadnějším zesvětlením kůže (zejména u jedinců s tmavším typem pleti).

Alternativa výkonu: V současné době neexistuje adekvátní alternativa k tomuto výkonu, existují ale jiné metody léčby. Kožní výrůstky a bradavice lze odstranit seškrábnutím ostrou chirurgickou lžičkou, s použitím elektrokoagulace (tepelné koagulace elektrickým proudem) nebo pomocí zevních léčivých přípravků, po jejichž dlouhodobém působení se mohou

kožní projevy odložit. Váš ošetřující lékař u Vás upřednostnil kryoterapii vzhledem k nenáročnosti, rychlé účinnosti a nekrvavosti výkonu.

Omezení, doporučení ve způsobu života a léčebný režim po výkonu: Po zákroku vzniká do 48 hodin otok až puchýř v ložisku a jeho bezprostředním okolí. Tento jev je odrazem správně provedeného zákroku. Po zákroku se doporučuje po dobu několika dnů aplikovat dezinfekční roztoky nebo antibiotické masti k zabránění průniku infekce. Zvýšeně mokvající plochy je vhodné krýt mastnou gázou. Ložiska se hojí v průběhu 2 – 6 týdnů. Odhojená kůže bývá světlejší vůči okolí anebo může vzniknout světlejší jizva. Zabarvení a charakter jizvy se poté ještě po dobu až několika měsíců upravuje. Po výkonu není vhodný pobyt na slunci a dále koupání v kolektivních zařízeních po dobu 7 – 10 dnů.

Další potřebná léčba po výkonu a preventivní opatření:

S výkonem nejsou plánovaně indikovány žádné související potřebné léčebné výkony ani žádná preventivní opatření.

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 svobodně se rozhodnout a zvolit si postup / alternativu při poskytování výše uvedené zdravotní služby; současně jsem měl(a) 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 zdravotního výkonu

s o u h l a s í m.

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

V Ústí nad Labem, dne ____ . ____ . ____ v ____ : ____ hodin.

/vlastnoruční podpis pacienta/

/vlastnoruční podpis zákonného zástupce/opatrovníka/

/vlastnoruční podpis lékaře provádějícího poučení/

Já, níže podepsaný svědek prohlašuji, že **pacient*) / zákonný zástupce*) / opatrovník*)** byl výše jmenovaným lékařem náležitě informován ve výše uvedeném rozsahu a přesto navrhovaný výše jmenovaný zdravotní výkon nadále odmítá a současně odmítá podepsat toto Prohlášení.

/vlastnoruční podpis svědka/

*) vyberte a označte odpovídající variantu