

**a**

Příjmení, jméno, titul: .....

Rodné číslo: .....

Bydliště: .....

Telefon (mobil, domů): .....

E-mail: .....

K ošetření odeslal/a: .....

uzavírají smlouvu o poskytnutí ambulantní péče ve zdravotnickém zařízení za přímou úhradu pacienta.

Vážená paní, vážený pane,

máte v úmyslu podstoupit zákrok, jehož léčebným eventuelně estetickým cílem je odstranit či zmenšit Vaše zdravotní, kosmetické či jiné obtíže. Tato operace nevratně naruší integritu vaší osobnosti.

Účelem tohoto informovaného souhlasu je poskytnout Vám dostatečné informace, které Vám umožní kvalifikovaně se rozhodnout, zda zákrok podstoupíte či nikoliv.

## **INFORMOVANÝ SOUHLAS**

Operace hemoroidů asistovaná ultrazvukem a laserem

### **Účel ošetření:**

Účelem ošetření je splnění léčebného, případně estetického cíle, v tomto případě zpravidla chirurgické odstranění rozšířených žilních městků (uzlíků) vně či uvnitř konečníku ev. kombinovaně.

### **Průběh zákroku:**

Zákrok se provádí v místním znecitlivění. Operace zpravidla spočívá v chirurgickém odstranění hemoroidálních uzlů asistovaném CO2 laserem ev. po předchozím podvazu hemoroidálních tepének (ligaci) pod kontrolou ultrazvukem (tzv. HAL metodou). Všeobecnou výhodou laseru je tenký, velmi přesný řez, který tepelně nepoškozuje okolní tkáň, a hojí se mnohem rychleji než rány po klasických chirurgických zákrocích. Zákrok trvá zhruba hodinu. Poté pacient odchází domů.

### **Následky a rizika ošetření, které nelze vyloučit jsou následující:**

Alergie na použité přípravky – zpravidla nezávažný kožní projev v podobě zarudnutí nebo svědění pokožky, ve výjimečných případech může být i vážný jako celková slabost, dechové obtíže, pokles krevního tlaku příp. šokový stav, o předchozích známých alergických reakcích je nutné informovat ošetřujícího

Bolestivost – zejm. štípání při aplikaci roztoku s anestetikem

Otok a hematom (modřina) – postupně se vstřebává po dobu až 2 týdnů

Citlivost – odeznívá až po dobu až 1 měsíce po provedeném zákroku

Krvácení z rány

Recidiva

O všech nežádoucích účincích přetrvávajících déle než 1 týden (krom citlivosti a otoku) je klient povinen informovat ošetřujícího.

**Doporučení pro pacienta:**

Po dobu 24 hodin po zákroku ošetřené místo ev. chladit studeným obkladem.

Po dobu 2 týdnů po zákroku se vyhýbat se extrémním teplotám, nevykonávat sport.

Do vyhojení konečníku používat na sezení nafukovací kruh.

Dodržovat termíny kontrol, jsou-li stanoveny.

**Před započítím zákroku je klient povinen informovat ošetřujícího lékaře o svém zdravotním stavu,** zejména o vážných onemocněních, operacích nebo stavech (alergie, předchozí zákroky v operované oblasti, těhotenství, kojení, krvácení, omdlávání, snímatelná zubní protéza), které by mohly ovlivnit průběh operace, či všech užívaných lécích.

**V případě pozákrokových komplikací se ihned spojte s naším pracovištěm.** Nekontaktujte jiného lékaře, zpravidla nemá žádné zkušenosti s operací hemoroidů asistovanou ultrazvukem a laserem a tudíž není schopen objektivně posoudit pozákrokový stav.

**V případě jakýchkoliv nejasností konzultujte před započítím zákroku svého ošetřujícího lékaře.**

Stvrzuji svým podpisem, že jsem byl/a plně informován/a o plánovaném operačním zákroku.

Jsem si vědom/a možných následků a rizik a nemám na ošetřujícího lékaře žádné další dotazy.

Souhlasím se smluvní cenou.

Souhlasím se zpracováním osobních údajů.

Stvrzuji svým podpisem, že jsem informovala ošetřujícího lékaře o svém zdravotním stavu, zejména o skutečnostech, které by mohly ovlivnit průběh operace.

S provedením zákroku souhlasím.

.....

podpis ošetřujícího

.....

datum

.....

podpis pacient