

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 křečových žil (EVLT, ClariVein)

Účel ošetření:

Účelem ošetření je splnění léčebného, případně estetického cíle, v tomto případě zpravidla chirurgické odstranění varixů dolních končetin, a to metodou EVLT (endovenózní laser terapie) nebo metodou Clarivein ev. pomocí tzv. Smetanova nože.

Průběh zákroku:

Zákrok se provádí v místním znecitlivění. Po preparaci cév v oblasti třísla (crosectomii) se laserové vlákno ev. ClariVein se zavede z třísla do nitra rozšířeného varixu. V případě EVLT je ošetřovaná oblast navíc infiltrována fyziologickým roztokem obohaceným o anestetikum. Laserový paprsek postiženou žílu zničí tepelně, u metody Clarivein mechanicky a chemicky. Zákrok trvá zhruba hodinu. Poté pacient odchází domů, operovanou končetinu má obvázanou elastickým obinadlem, kterým ji stahuje po dobu 1 týdne až 10-ti dnů do vyndání stehů.

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 hematoma (modřina) – postupně se vstřebává po dobu až 2 týdnů

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

Krvácení z rány

Zánět – vznikne při nedostatečném dodržování hygienických zásad v pooperačním období, případně infikováním nahromaděné krve v podkožní tkáni, vhodné ledovat ev. podat antibiotika

Serom - ložisko čiré tekutiny v podkožní tkáni vzniklé z lokálního nahromadění většího množství krve - projeví se snadno rozpoznatelným vyklenutím pokožky, je potřeba provést punkci nebo drenáž

Jizva – po incizi (řezu) vždy vzniká jizva, vždy je snaha, aby byla co nejmenší, může však vzniknout jizva nadměrná vč. keloidní jizvy

Nerovnosti kůže, změna barvy kůže

Nekróza – vzácná komplikace, kdy při příliš povrchovém výkonu dojde k přímému poranění spodní dermální vrstvy a odumřou drobné okrsky kůže, které je poté potřeba odstranit, což zanechá trvalý kosmetický následek

Tromboflebitida (zánět žil)

Plicní embolie (vmetek do plic)

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.

Po dobu alespoň 1 měsíce po zákroku nosit elastickou punčochu.

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 na operované končetině, těhotenství, kojení, krvácení, omdlávání, snímatelná zubní protéza), které by mohly ovlivnit průběh operace, či všech užívaných lécích.

V případě pozákových komplikací se ihned spojte s naším pracovištěm. Nekontaktujte jiného lékaře, zpravidla nemá žádné zkušenosti s operací varixů metodou EVLT nebo ClariVein a tudíž není schopen objektivně posoudit pozákový 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 s případným pořízením fotodokumentace a jejím použitím k prezentačním účelům. 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