

INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTA S OPERAČNÍM VÝKONEM

Operace.....

*Název operace doplňte

Vážená paní/pane,

byla Vám doporučena operace

Před operačním výkonem budete ošetřujícím lékařem/operátorem informováni o tom, proč se výkon bude provádět, o alternativách a způsobu provedení, možných komplikacích a následcích.

V souvislosti s operačním zákrokem může dojít i k nežádoucím komplikacím. Přestože se jim snažíme předcházet, vzniknout mohou a pak je nutné je neodkladně řešit. Některé z nich mohou mít i trvalý vliv na výsledek operace, celkový zdravotní stav a v krajním případě mohou vést i ke smrti..

Komplikace během operace: poranění cév, nervů, kostí, šlach a svalů

Komplikace po operaci: bolesti, zvracení, krvácení z rány, otoky, poruchy močení, poruchy hybnosti nebo citlivosti končetiny, zánět žil, embolie, poruchy hojení, infekce.

Během operace a léčení může také dojít ke zhoršení Vašich zjevných či skrytých onemocnění, např. onemocnění srdce, ledvin, jater, mozku a jiných orgánů.

Pracovní neschopnost je zcela individuální, odvíjí se od typu onemocnění a operace a event. pooperačních či pooperačních komplikací.

Vážená paní/pane,

naše stručná informace jistě nemůže být vyčerpávající. **Ptejte se proto, prosím, svého ošetřujícího lékaře (eventuálně operátora) na všechno, co Vás ve vztahu k plánovanému operačnímu výkonu zajímá.**

Ujišťujeme Vás, že učiníme vše proto, aby vaše operace (výkon) proběhla bez komplikací.

Přejeme Vám, co nejkratší a ničím nekomplikovaný pobyt v našem zdravotnickém zařízení.

Pacientka/pacient:, r.č.:

Bytem:

Zákonný zástupce/opatrovník*: r.č.:

Bytem:

Podpisem tohoto dokumentu prohlašuji, že po dostatečném čase na rozmyšlenou s doporučeným výkonem po podrobném vysvětlení lékaře **výslovně souhlasím** a jsem si vědom/a všech možných rizik souvisejících s navrženým postupem. Jsem si vědom/a rovněž toho, že určitá rizika existují při každé léčbě, a že je nelze vždy a přesně určit.

Lékař mě v pohovoru podrobně seznámil s mým zdravotním stavem a s potřebností doporučeného výkonu, byl/a jsem informován/a a poučen/a o možnosti vzniku i výjimečně se vyskytujících závažných komplikací souvisejících s doporučeným výkonem a i přesto s tímto výkonem **výslovně souhlasím**. Též jsem byl/a informován/a o možných variantách zákroku, jeho následcích a komplikacích.

Byl/a jsem rovněž podrobně poučen/a o možných důsledcích odmítnutí souhlasu s doporučeným výkonem. Dále potvrzuji, že mi byla dána možnost klást lékaři jakékoli, byť i nejbánálnější (nejjednodušší) dotazy související s doporučeným výkonem a lékař všechny mé dotazy srozumitelně zodpověděl, přičemž nyní nemám již žádné další otázky.

Jsem si rovněž vědom/a toho, že provedení doporučeného výkonu mohu podstoupit i v jiném zdravotnickém zařízení.

Dále potvrzuji, že jsem lékaři nezamlčel/a žádné mně známé údaje o mém zdravotním stavu. Jsem si vědom/a, že zamlčení jakýchkoliv údajů o mém zdravotním a sociálním stavu, by mohlo nepříznivě ovlivnit moji léčbu, či ohrozit

mé okolí, zejména rozšířením přenosné choroby. Potvrzuji rovněž, že mě lékař předem poučil o právu nebýt informován/a o mém zdravotním stavu a o potřebných výkonech.

Podpisem tohoto dokumentu prohlašuji, že se cítím dostatečně poučen/a, po psychické a fyzické stránce se cítím zcela způsobilý/á podepsat tento dokument, chápu právní význam tohoto dokumentu, plně mu rozumím a podepisuji jej zcela vážně a bez výhrad, ze své vlastní svobodné vůle.

Současně prohlašuji, že v případě výskytu neočekávaných komplikací, vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků nutných k záchraně mého života nebo zdraví souhlasím s tím, aby byly provedeny veškeré další potřebné a neodkladné výkony nutné k záchraně mého zdraví. V případě potřeby souhlasím i s podáním nezbytné transfuze krve.

V Chrudimi dne:v.....hod.

Podpis pacientky/pacienta/zákonného zástupce/opatrovníka*:

Já, níže podepsaný(á), MUDr., potvrzuji, že pacient(ka) /zákonný zástupce/opatrovník * byl(a) podrobně seznámen(a) se zdravotním stavem a s doporučeným výkonem a byl(a) informován(a) o možných komplikacích spojených s tímto výkonem, včetně všech důsledků odmítnutí tohoto výkonu.

V Chrudimi dne:vhod

Jmenovka a podpis lékaře: Jmenovka a podpis svědka:
* nehodící se škrtněte