Informovaný souhlas

Lokální anestezie - místní znecitlivění

Vážená paní, vážený pane, vážení rodiče,
v předkládaném formuláři si přečtete informace o místním znecitlivění.
Pomohou Vám připravit se na rozhovor s lékařem, který Vás bude informovat o navrhovaném postupu, abyste se mohl(a) rozhodnout a dát souhlas k jeho provedení.

Účel výkonu:
Bezbolestný průběh ošetření

Povaha výkonu:
Vpich jehlou do sliznice dutiny ústní.

Předpokládaný prospěch výkonu:
Bezbolestný průběh ošetření.

Možná rizika zvoleného výkonu:
Alergická reakce, hematom (krevní výron po poranění cévy), parestezie (brnění po poranění nervu, přetrvávající po odeznění anestetika), nevolnost pacienta.

Alternativa výkonu:
Ošetření bez místního znecitlivění.

Následky výkonu:
Ztráta citlivosti anestezované oblasti po dobu 1-4 hodin.

Pacient

Jméno a příjmení:.....

Rodné číslo:.....

Zákonný zástupce

Jméno a příjmení: .....

Rodné číslo:.....

Prohlašuji, že mi byl náležitě objasněn důvod, předpokládaný prospěch, způsob provedení, následky i možná rizika a komplikace plánovaného výkonu. Byly mi vysvětleny možné alternativy včetně jejich komplikací a zdravotní důsledky vyplývající z nepodstoupení plánovaného výkonu. Měl(a) jsem možnost zeptat se lékaře na všechno, co mě ve vztahu k plánovanému výkonu zajímá, a obdržel(a) jsem vysvětlení, kterému jsem porozuměl(a). Lékařem jsem byl(a) poučen(a) o možnosti svůj souhlas s navrženým postupem odvolat.
S provedením výše uvedeného výkonu souhlasím.

Datum:.....

Podpis pacienta nebo zákonného zástupce	Razítko, jméno, příjmení a podpis ošetřujícího lékaře, který pohovor provedl

Pacient(ka) není schopen(a) podpisu. Svůj souhlas vyjádřil(a):
popište způsob a důvody, proč se pacient nemohl sám podepsat:

Jméno, příjmení a podpis svědka Razítko, jméno, příjmení a podpis lékaře

V případě, že je nutné výkon provést opakovaně, potvrdí pacient souhlas svým podpisem.

Ověřte všechny identifikační údaje pacienta, zda jsou platné. Znovu ověřte, zda pacient všemu rozumí a s výkonem souhlasí. Pokud došlo ke změně osobních údajů pacienta nebo pacient s něčím nesouhlasí, je potřeba vyplnit nový IS.

Datum	**Souhlas pacienta**	**Podpis pacienta**	**Jmenovka a podpis lékaře,** který informaci podal
	Stvrzuji, že všechny výše uvedené údaje jsou platné a s výkonem souhlasím		
	Stvrzuji, že všechny výše uvedené údaje jsou platné a s výkonem souhlasím		
	Stvrzuji, že všechny výše uvedené údaje jsou platné a s výkonem souhlasím		
	Stvrzuji, že všechny výše uvedené údaje jsou platné a s výkonem souhlasím		
	Stvrzuji, že všechny výše uvedené údaje jsou platné a s výkonem souhlasím		
	Stvrzuji, že všechny výše uvedené údaje jsou platné a s výkonem souhlasím		