

## KOŽNÍ EXCIZE

Pacient/ka: \_\_\_\_\_ Narozen/a: \_\_\_\_\_  
titul jméno příjmení

Rodné číslo (číslo pojištění): \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Kód ZP: \_\_\_\_\_

Bydliště: \_\_\_\_\_

Zákonný zástupce: \_\_\_\_\_ Vztah: \_\_\_\_\_  
titul jméno příjmení (např. matka, otec, opatrovník aj.)Narozen/a: \_\_\_\_\_ Bydliště: \_\_\_\_\_  
(liší-li se od bydliště pacienta(ky))

### Vážená paní, vážený pane, vážení rodiče,

na základě předchozího vyšetření Vám/Vašemu dítěti ošetřující lékař doporučil provedení kožní excize (chirurgický odběr vzorku kůže nebo odstranění nežádoucího projevu na kůži). K provedení tohoto výkonu je potřeba Vašeho souhlasu. Pro usnadnění rozhodnutí Vám chceme podat následující informace.

### Důvod provedení výkonu

Kožní excize je malý chirurgický zákrok, který se provádí ze dvou důvodů. Buď se chirurgicky odstraní nežádoucí projev na kůži nebo se odebere vzorek kůže, který slouží k mikroskopickému vyšetření a stanovení diagnózy Vašeho onemocnění. Výsledek vyšetření Vám bude sdělen do 10 dnů (při náročném vyšetření i později). Provedení kožní excize nelze nahradit jiným léčebným zákrokem.

### Příprava k výkonu

Kožní excize nevyžaduje zvláštní přípravu. Oznamte, prosím, lékaři, zda netrpíte alergií na dezinfekční přípravky a znečítlivující látky, zda neužíváte léky s protisrážlivým účinkem („na ředění krve“), zda netrpíte zvýšenou krvácivostí nebo sklonem ke vzniku keloidních jizev (větší, zbytnělá, tuhá jizva).

### Postup při výkonu

Výkon se provádí většinou ambulantně, výjimečně za krátkodobé hospitalizace, a to na chirurgickém sále v lokální anestezii (tj. v místním znečítlivění). Rozsah excize záleží na velikosti odstraňovaného projevu (několik milimetrů až centimetrů). V případě odběru kůže pro stanovení diagnózy je velikost rány 3 - 6 mm. Vzniklá rána se uzavírá stehy a kryje se sterilním (neinfekčním) obvazem. Celý zákrok trvá obvykle 15 - 30 minut.

### Rizika a možné komplikace výkonu

Nežádoucí celková reakce na místní znečítlivující látku je velmi vzácná (pokles krevního tlaku, dechové potíže, pocit na zvracení, nevolnost, svědění, vyrážka).

Reakce na dezinfekční látku může vzniknout i po několika hodinách (svědění a pálení kůže, vyrážka v okolí jizvy).

Krvácení z rány se může objevit při poruchách srážlivosti krve nebo při užívání léků s protisrážlivým účinkem. Rozestup rány může vzniknout po druhotné infekci rány, po krvácení do rány nebo po nadměrném fyzickém namáhání místa excize.

Keloidní a hypertrofická jizva (větší vyvýšená jizva) vzniká při sklonu k nadměrné tvorbě vaziva při hojení rány.

Zvýšená pigmentace (tmavší zbarvení) okolí jizvy může vzniknout po oslunění čerstvé jizvy.

### Chování po výkonu, možná omezení

Po zákroku se za jeden až dva dny provede převaz rány. Stehy se odstraňují za 7 - 12 dní od zákroku, do té doby se rána chrání sterilní náplastí nebo obvazem, aby nedošlo k infekci. Po zákroku se

Tento formulář ani žádná jeho část nesmí být reprodukovány, publikovány a šířeny žádným způsobem a v žádné podobě bez výslovného svolení vedení FN Plzeň.



Pacient/ka: .....

Rodné číslo: .....

nedoporučuje větší fyzická námaha, aby rána nebyla příliš namáhána a nenarušovalo se její zhojení. Jizvu po excizi není vhodné 2 - 3 měsíce vystavovat slunci.

Tento výkon nemá obvykle vliv na pracovní způsobilost.

Dovolujeme si Vás informovat, že na poskytování zdravotních služeb v naší nemocnici se mohou podílet osoby získávající způsobilost k výkonu povolání zdravotnického pracovníka nebo jiného odborného pracovníka, a to včetně nahlížení do zdravotnické dokumentace. Přítomnost těchto osob při poskytování zdravotních služeb můžete odmítnout a jejich nahlížení do zdravotnické dokumentace můžete během svého léčení zakázat. Bližší informace Vám na vyžádání poskytne ošetřující lékař.

### PROHLÁŠENÍ PACIENTA/KY (ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE)

Byl/a jsem seznámena s údaji o účelu, povaze, předpokládaném prospěchu, následcích a možných rizicích navrhovaných zdravotních služeb (zdravotního výkonu).

Byl/a jsem seznámen/a s alternativami (jinými možnostmi) navrhovaných zdravotních služeb (zdravotního výkonu), s jejich výhodami a riziky a měl/a jsem možnost si jednu z alternativ zvolit (pokud tato možnost volby existuje a pokud výkon nepodléhá zvláštním právním předpisům).

Byl/a jsem seznámen/a s možnými omezeními v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti po poskytnutí zdravotních služeb (po zdravotním výkonu) a s možnými očekávanými změnami zdravotního stavu a zdravotní způsobilosti.

Byl/a jsem seznámen/a s léčebným režimem, vhodnými preventivními opatřeními a s možnými kontrolními zdravotními výkony.

Byl/a jsem poučen/a o právu svobodně se rozhodnout o postupu při poskytování zdravotních služeb mé osobě (mému dítěti), pokud jiné právní předpisy toto právo nevylučují.

Nezamířel/a jsem žádné mně známé údaje o mém zdravotním stavu (o zdravotním stavu mého dítěte), které by mohly nepříznivě ovlivnit moji léčbu (léčbu mého dítěte) či ohrozit mé okolí, zejména rozšířením infekční choroby.

Souhlasím s nezbytným použitím omezovacích prostředků, jejichž účelem je odvrácení bezprostředního ohrožení života, zdraví nebo bezpečnosti mé osoby (mého dítěte) v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb (prováděním zdravotního výkonu).

Prohlašuji, že mi byla poskytnuta podrobná informace o implantovaném zdravotnickém prostředku podle zvláštního právního předpisu. (Toto prohlášení se týká pouze pacientů s implantovaným zdravotnickým prostředkem.)

Prohlašuji, že jsem byl/a poučen/a o možnosti odvolání tohoto informovaného souhlasu a beru na vědomí, že případné odvolání souhlasu nebude účinné, pokud již bude započato provádění zdravotního výkonu, jehož přerušování může způsobit vážné poškození zdraví nebo ohrožení života mého (mého dítěte).

V případě výskytu neočekávaných komplikací vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků nutných k záchraně života nebo zdraví souhlasím, aby byly provedeny veškeré další potřebné a neodkladné výkony nutné k záchraně života nebo zdraví.

**Prohlašuji, že jsem mohl/a klást doplňující otázky, na které mi bylo řádně odpovězeno, a že jsem informacím a poučení plně porozuměl/a a souhlasím s poskytnutím navrhovaných zdravotních služeb (zdravotním výkonem).**

### NÁZOR NEZLETILÉHO PACIENTA (PACIENTA ZBAVENÉHO ZPŮSOBILOSTI K PRÁVNÍM ÚKONŮM):

(vyplní lékař/ka (zdravotnický pracovník) poskytující údaje a poučení)

- Pacient s poskytnutím zdravotních služeb (zdravotním výkonem) souhlasí/nesouhlasí (nehodící se škrtněte).
- Názor pacienta nebyl zjištěn, neboť údaje uvedené v tomto souhlasu s poskytnutím zdravotních služeb (zdravotním výkonem) týkající se nezletilého pacienta (pacienta zbaveného způsobilosti k právním úkonům) nebyly tomuto pacientovi poskytnuty z důvodu (např. nízký věk pacienta/ky):

Lékař/ka (zdravotnický pracovník) poskytující údaje a poučení:

.....  
jmenovka (hůlkovým písmem nebo razítkem)

ZOK

.....  
podpis

Tento formulář ani žádná jeho část nesmí být reprodukovány, publikovány a šířeny žádným způsobem a v žádné podobě bez výslovného svolení vedení FN Plzeň.



## FAKULTNÍ NEMOCNICE PLZEŇ

Dr. E. Beneše 13, 305 99 Plzeň - Bory  
alej Svobody 80, 304 60 Plzeň - Lochotín  
IČO 00669806 tel.: 377 401 111, 377 103 111

Pacient/ka: .....

Rodné číslo: .....

V Plzni dne: ..... v ..... hodin

.....  
podpis pacienta/ky nebo zákonného(ých) zástupce(ů)

Vyplňte v případě, že se pacient/ka nemůže s ohledem na svůj zdravotní stav podepsat (např. pro úraz horní končetiny):

**Současný zdravotní stav pacienta/ky nedovoluje, aby podepsal/a tento souhlas, protože:**

### Způsob projevu vůle (souhlasu):

kývnutím hlavy     gestem: .....     očima     jinak: .....

Svěděk: .....  
jméno a příjmení                      podpis    (není-li svědek zaměstnancem FN, uveďte se adresa a datum narození)

Vyplňte v případě, že pacient/ka (zákonný zástupce) odmítl/a souhlas podepsat:

**Pacient/ka (zákonný zástupce) odmítl/a tento souhlas podepsat.**

Lékař/ka (zdravotnický pracovník) poskytující údaje a poučení:

.....  
jmenovka (hůlkovým písmem nebo razítkem)

ZOK

.....  
podpis

Svěděk: .....  
jméno a příjmení                      podpis    (není-li svědek zaměstnancem FN, uveďte se adresa a datum narození)