

## OŠETŘENÍ KŮŽE VYSOKOVÝKONNÝM ABLAČNÍM (VAPORIZAČNÍM) LASEREM

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,

vzhledem k charakteru kožního nálezu budete ošetřován vysokovýkonným ablačným laserem (Er: YAG laser BURANE).

Máte právo svobodně se rozhodnout o postupu při poskytování zdravotních služeb Vaší osobě (Vašemu dítěti), pokud jiné právní předpisy toto právo nevyklučují. K provedení navrhovaného zdravotního výkonu je potřeba Vašeho souhlasu. Pro usnadnění rozhodnutí Vám chceme podat následující informace.

### Důvod provedení výkonu

Jedná se o léčebnou metodu, při níž je kůže nebo sliznice vystavena viditelnému elektromagnetickému záření o vlnové délce 2940nm v opakujících se krátkých pulzech s vysokou hustotou energie. Tento typ elektromagnetického záření je absorbován ve vodě a následně dochází na principu fotoablace ke kontrolovanému odstraňování velice tenkých částí pokožky. Hlubší vrstvy kůže jsou prohřívány, jinak nejsou výrazně ovlivněny. Po ukončení léčby předpokládáme zlepšení Vašeho kožního nálezu.

### Alternativy (jiné možnosti) výkonu / léčby

Možné alternativy ošetření laserem závisí na řadě faktorů a blíže Vás o nich bude informovat ošetřující lékař.

### Příprava k výkonu

Před výkonem není většinou třeba zvláštní přípravy. Ojedinele jej provádíme v místní anestézii (EMLA cr.), o níž je možné se u lékaře informovat. Pacient by měl být zdravý, bez celkových i místních příznaků infekčního onemocnění.

### Postup při výkonu

Ošetření je mírně bolestivé, je třeba jej provádět v klidu a chránit při něm zrak doporučeným způsobem. Délka vlastního výkonu se pohybuje v závislosti na velikosti ošetřované plochy v rozmezí 1 - 20 minut. Po ošetření laserem může následovat aplikace zevních léků či chlazení kůže. Léčbu laserem je třeba opakovat.

### Rizika, následky a možné komplikace výkonu

Po výkonu dochází k tvorbě povrchní rány, která se pokrývá pevně lpícím strupem. K jejímu zhojení dochází většinou v průběhu 5 - 10 dnů, následuje několikatydenní zarudnutí ošetřené kůže. U některých pacientů může dojít k dlouhodobému přetrvávání zarudnutí v místě ošetření, k posunům v pigmentaci kůže, recidivě ošetřovaného kožního nálezu. Až na extrémní výjimky nedochází k jizvení. Problematické výsledky a vyšší riziko komplikací lze očekávat u pacientů s vyšším fototypem a tendencí k posunům v pigmentaci kůže.

**Chování po výkonu, možná omezení**

Po ošetření ablačním laserem je třeba kůži ošetřovat doporučeným způsobem, chránit ji do zhojení rány proti infekci, je třeba také důsledně dlouhodobě ji chránit proti účinkům UV záření. Není třeba omezovat fyzickou aktivitu. Nepředpokládáme změnu pracovní schopnosti (překážkou mohou být někdy estetické důvody po ošetření obličeje). V případě potíží je kdykoliv možné se obrátit na naše pracoviště.

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):

**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: .....

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

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

ZOK

podpis

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

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

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

Vypněte v případě, že pacient/ka (zákonný zástupce) odmít/a souhlas podepsat:

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

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

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

ZOK

podpis

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