

## Laseroterapie – využití biostimulačního laseru

### Pacient (štítek)

---

Jméno a příjmení:

---

Rodné číslo:

Bydliště:

---

### Zákonný zástupce

---

Jméno a příjmení:

Datum narození:

---

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

v předkládaném formuláři si přečtete informace o laseroterapii.

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.

### Co je léčba biostimulačním laserem:

Léčba terapeutickým stimulačním laserem se využívá k regeneraci a okysličení tkáně, k odstranění zánětlivých procesů, zvýšení látkové výměny ve tkáních, zlepšení imunitního systému, urychluje hojení ran a jizev. Nástup účinku je poměrně rychlý. Dle doporučení lékaře obvykle 10–20 ošetření.

Výkon nehradí pojišťovna.

### Jaký je důvod (indikace) tohoto výkonu:

Důvodem laseroterapie je léčba pooperačních a poúrazových keloidních jizev, léčba zánětlivých procesů na kůži a sliznici, akné, opary, periorální dermatitidy a bércové vředy.

### Jaký je režim pacienta před výkonem:

Před aplikací neošetřujte kůži lokálním přípravkem.

### Jaký je postup při provádění výkonu:

Před aplikací dostanete ochranné brýle, které budou chránit Váš zrak před laserovými paprsky po celou dobu aplikace. Pověřená zdravotní sestra postupuje podle ordinace lékaře, zapne laser a navolí příslušný program, rovněž si nasadí ochranné brýle. Stisknutím tlačítka na sondě uvede laser do provozu a ošetřuje postiženou kůži. Vzdálenost sondy od pokožky je 1–1,5 cm.

### Jaké jsou možné komplikace a rizika:

Při vystavení zraku působení laserovému záření může dojít k trvalému poškození zraku.

Je nutné použití ochranných brýlí při laseroterapii.

### Jaký je režim pacienta po provedení výkonu:

Přístroj ukončí výkon zvukovou signalizací. Odložíte ochranné brýle. Ošetříte kůži vhodným prostředkem dle ordinace lékaře. Budete informován o dalším termínu ošetření.

**Jaké jsou možné alternativy výkonu:**

Možnou alternativou výkonu je lokální léčba.

**Prohlašuji, že mi byl náležitě objasněn důvod, předpokládaný prospěch, způsob provedení, následky, 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 oddělení, jméno, příjmení a podpis ošetřujícího lékaře, který vysvětlující pohovor provedl

**Pacient(ka) není schopen(a) podpisu. Svůj souhlas vyjádřil(a):**

popište způsob:

\_\_\_\_\_  
Jméno, příjmení a podpis svědka

\_\_\_\_\_  
Razítko oddělení, jméno, příjmení a podpis lékaře