

Incise kůže

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 incisi kůže.

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 incise kůže

Incise kůže je zákrok, který se provádí za účelem uvolnění krve nebo hnisu v podkoží.

Jaký je důvod (indikace) tohoto výkonu:

Incise kůže je nevyhnutná při nahromadění krve nebo hnisu v podkoží při infekci nebo po úrazech. Provádí se za účelem urychlení hojení postižené oblasti a zamezení dalšímu šíření infekce.

Jaký je režim pacienta před výkonem:

Příprava před výkonem není nutná.

Jaký je postup při provádění výkonu:

V místním znecitlivění nebo bez něj provedeme naříznutí kůže, preparací tkání pronikneme do dutiny vyplněné krví nebo hnisem a pokusíme se tyto nežádoucí hmoty vypustit. Po vyčištění rány zavedeme gumový drén k usnadnění odtoku dalšího hnisu či krve. Po aplikaci antibiotické masti ránu sterilně překryjeme.

Jaké jsou možné komplikace a rizika:

Možné komplikace jsou: výraznější krvácení z původního zdroje, infekce rány, poranění kožních nervů s možnou kožní necitlivostí v postižené oblasti, lze očekávat také vznik jizvy v místě nářezu.

Jaký je režim pacienta po provedení výkonu:

Kontroly a pravidelné převazy rány dle doporučení lékaře.

Jaké jsou možné alternativy výkonu:

Tento výkon Vám byl pro tuto chvíli doporučen jako nejvhodnější a nemá srovnatelnou alternativu.

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