|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **POUČENÍ A INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTA/PACIENTKY**  **S VÝKONEM TERAPIE BIOSTIMULAČNÍM LASEREM** |  |

**Identifikační údaje pacienta**

**Jméno, Příjmení, Titul:**

**Rodné číslo:**

**POUČENÍ**

**Vážená paní/ vážený pane,**

v souladu s Vaším zákonným právem na informace o plánovaném výkonu, který zamýšlíte v mé ordinaci podstoupit - terapii biostimulačním laserem (dále také jen „**výkon**“), v souladu s platnými právními předpisy a za účelem, abyste získal/a dostatek informací a mohl/a se svobodně rozhodnout k provedení výkonu a dát za tímto účelem souhlas s jeho provedením, jsou níže uvedena poučení týkající se výkonu.

**Účel výkonu:**

Léčba terapeutickým stimulačním laserem se využívá k podpoře regenerativních schopností organismu, k odstranění zánětlivých procesů, zvýšení látkové výměny ve tkáních, zlepšení imunitního systému, zmírnění až odstranění bolesti, urychlení hojení akutních i chronických ran a jizev.

**Indikace tohoto výkonu:**

Důvodem terapie biostimulačním laserem je léčba pooperačních a poúrazových stavů akutních i chronických jizev, léčba zánětlivých procesů na kůži a sliznicích, léčba akné, oparů, perorální dermatitidy, bércových vředů, léčba ortopedických a chirurgických diagnos.

**Kontraindikace výkonu:**

• aplikace v oblasti očí bez použití ochranných brýlí – možnost přímého zasažení oka a poškození sítnice

• nádorová onemocnění a ozařování potencionálních prekanceróz

• ozařování pacientů s kochleárními implantáty

• ozařování žláz s vnitřní sekrecí

• pacienti zchvácení, s vysokou horečkou

• pulzní režimy jsou kontraindikovány u epilepsie

• těhotenství

• menstruace – aplikace do podbříšku

**Povinnosti pacienta před výkonem:**

Před aplikací neošetřujte kůži lokálním přípravkem.

Před zahájením léčby informujte lékaře o všech chorobách a lécích, které právě užíváte, aby bylo možno včas zachytit možnou kontraindikaci užití biostimulačního laseru. Vypněte zvonění svého mobilního telefonu.

**Postup při provádění výkonu:**

Před aplikací dostanete ochranné brýle, které budou chránit Váš zrak před laserovými paprsky po celou dobu aplikace. Brýle můžete odložit až na pokyn personálu. Zdravotní sestra postupuje podle pokynů lékaře. Zdravotní sestra zapne příslušný přístroj, nastaví na ordinovanou dávku ozáření. Doba aplikace se pohybuje v rozmezí několika minut až desítek minut.

**Možná rizika a komplikace:**

Při vystavení oka působení laserovému záření muže dojít k trvalému poškození zraku. Vzhledem k výše uvedenému je nutno použít ochranné brýle a respektovat pokyny zdravotní sestry.

**Léčebný režim po výkonu:**

Po ošetření biostimulačním laserem není nutný žádný zvláštní hygienický režim. Ošetříte kůži vhodným prostředkem dle pokynu lékaře. Lékař Vás informuje o případném dalším termínu ošetření.

**Alternativy výkonu:**

Zatím nejsou známy.

**Omezení v obvyklém způsobu života po provedení výkonu:**

Zatím nejsou známy.

**INFORMOVANÝ SOUHLAS:**

Prohlašuji, že jsem byl/a jasně a srozumitelně seznámen/a s průběhem plánovaného výkonu a byl mi 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. Prohlašuji, že chápu důvod, prospěch, způsob provedení, následky a možná rizika výkonu.

Současně prohlašuji, že jsem měl/a jsem možnost zeptat se lékaře na všechno, co mě v souvislosti s výkonem zajímá. Od lékaře jsem obdržel/a veškerá vysvětlení, jimž jsem porozuměl/a. Potvrzuji, že jsem měl/a možnost nastudovat, co jsem považoval/a za pro mne podstatné, ve vztahu k výkonu a měla jsem možnost konzultovat své dotazy s dalším odborníkem. Měl/a jsem dostatečný časový prostor porozumět všem podstatným a potřebným údajům.

Lékařem jsem byl/a poučen/a o možnosti svůj souhlas s navrženým postupem odvolat.

S provedením výše uvedeného výkonu souhlasím.

Prohlašuji, že v případě výskytu neočekávaných komplikací vyžadujících neodkladné provedení dalších výkonů nutných k záchraně mého života nebo zdraví souhlasím, aby byly tyto výkony provedeny.

V Praze dne: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Podpis pacienta (zákonného zástupce)**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Razítko, jméno, příjmení a podpis ošetřujícího lékaře**