

Informovaný souhlas pacientky s aplikací PRP / PRP + kyseliny hyaluronové (Matrix) do zevního / vnitřního genitálu

Gyn Krup, s. r. o.



IDENTIFIKACE PACIENTKY

Jméno a příjmení	
Datum narození	
Adresa místa trvalého pobytu	
Rodné číslo	
Číslo pojištění	
Kód zdravotní pojišťovny	

1. Indikace terapie:

Cílem a očekávaným přínosem terapie je omlazení zevního genitálu, protizánětlivé působení PRP / PRP a kyseliny hyaluronové v oblasti intimních partií a léčba dermatóz (kožních potíží) v genitální oblasti, jako je lichen sclerosus a lichen simplex.

2. Informace o potřebném výkonu, průběhu terapie a jejím očekávaném výsledku:

Terapie spočívá v aplikaci vlastní PRP (plazmy bohaté na krevní destičky) či kombinace plazmy s kyselinou hyaluronovou (Matrix) do zevního / vnitřního genitálu na základě výše uvedené indikace. Pacientce se nejprve odebere její vlastní krev. Ta se následně přístrojově připraví k aplikaci plazmy do genitálu. Plazma obsahuje růstové faktory, které zlepšují hojení a vzhled v ošetřované oblasti. K dosažení optimálního výsledku je nutné opakovat zákrok alespoň třikrát, a to s 3–6týdenním rozestupem mezi jednotlivými aplikacemi. Nelze zcela vyloučit, že po terapii dojde k návratu obtíží. Možné je další opakování zákroku.

3. Délka trvání účinku:

Účinek ošetření vydrží minimálně 6–12 měsíců. Terapii je možné opakovat. Množství aplikací se odvíjí od rozsahu nálezu.

4. Kontraindikace:

Kontraindikací k výkonu je probíhající zánět pochvy.

5. Anestezie:

Zákrok se provádí v lokální anestezii.

6. Omezení v důsledku zákroku:

Po dobu tří dnů následujících po zákroku se doporučuje pohlavní abstinence. Po stejnou dobu by se měla pacientka vyhýbat sportovním aktivitám, saunování či opalování v soláriu.

7. Rizika zákroku:

I při správném postupu v souladu s příslušnými profesními povinnostmi a standardy (postup lege artis) se mohou vyskytnout rizika a komplikace, zejména infekce a hematoma v místě aplikace.

8. Souhlas pacientky s výkonem:

Já, níže podepsaná, prohlašuji, že jsem byla ošetřujícím lékařem poučena o postupu léčby a povaze navrhovaného výkonu. S navrženým výkonem a léčbou souhlasím. Dále prohlašuji, že jsem byla lékařem srozumitelně poučena o možných rizicích výkonu včetně rizik a okolností s léčbou souvisejících. Lékař mne též informoval o možných omezeních ve způsobu života po provedení výkonu.

V Praze dne

Podpis pacientky:

9. Prohlášení lékaře:

Prohlašuji, že jsem výše uvedenou pacientku srozumitelným způsobem informoval/a o veškerých shora uvedených skutečnostech a seznámil/a jsem ji s povahou výkonů, jejich riziky i komplikacemi.

Pacientka byla rovněž seznámena s plánovaným způsobem anestezie a poučena o rizicích a možných komplikacích výkonu s ohledem na svůj zdravotní stav. Tomuto poučení porozuměla a měla možnost klást lékaři poskytujícímu poučení dotazy, které jí byly srozumitelně zodpovězeny.

V Praze dne

Podpis lékaře: