Informovaný souhlas pacientky s injekční aplikací kyseliny hyaluronové do intimních partií

Gyn Krup, s. r. o.

IDENTIFIKACE PACIENTKY

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

1. Indikace zákroku:
- úprava asymetrie velkých labií,
- zvětšení velkých labií,
- korekce jizev po porodních poraněních,
- léčba inkontinence moči,
- hydratace intimních partií,
- úleva od svědění,
- omlazení poševního vchodu.

2. Informace o potřebném výkonu:
Zákrok spočívá v injekční aplikaci kyseliny hyaluronové do zevního genitálu. Množství aplikované látky se stanovuje individuálně dle potřeb každé pacientky.

3. Délka trvání účinku:
Délka trvání účinku je individuální. Účinek ošetření obvykle vydrží 6–12 měsíců.

4. Kontraindikace:
Kontraindikací k aplikaci kyseliny hyaluronové je autoimunitní onemocnění, zjištěná alergie na aplikovanou látku či nezhojené porodní poranění.

5. Anestezie:
Zákrok se provádí v lokální anestezii.

6. Režim a omezení po výkonu:
V případě aplikace kyseliny hyaluronové za účelem zvětšení labií bude pacientka ošetřenou oblast masírovat dle instrukcí lékaře jeden den následující po ošetření. Po dobu tří dnů následujících po zákroku se doporučuje pohlavní abstinence. Po dobu 14 dnů po zákroku by se měla pacientka vyhýbat sportovním aktivitám, saunování či opalování v soláriu. Není rovněž vhodné nosit těsné oblečení, které může dráždit ošetřenou oblast.

7. Rizika zákroku:
I při správném postupu v souladu s příslušnými profesními povinnostmi a standardy (postup lege artis) se mohou vyskytnout rizika a komplikace jako zejména infekce, hematom či alergická reakce na aplikovanou látku. Uvedené komplikace jsou velmi vzácné. Nelze rovněž vyloučit, že korekce jizev nebude po výkonu zcela dostačující.

8. Souhlas pacientky s výkonem:
Já, níže podepsaná, prohlašuji, že jsem byla ošetřujícím lékařem poučena o postupu léčby a benefitech a rizicích navrhovaného výkonu. S navrženým výkonem souhlasím. Dále prohlašuji, že jsem byla informována o režimových opatřeních a 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 výkonu, jeho 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: .....