



I. ortopedická klinika 1. LF UK a FN Motol
FAKULTNÍ NEMOCNICE V MOTOLE
V Úvalu 84, 150 06 Praha 5, IČ: 00064203

Identifikační štítek pacienta

INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTA/ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE S VÝKONEM NÁHRADA ZÁKLADNÍHO KLOUBU PALCE NA NOZE

1. *Diagnóza, která vede k provedení zdravotního výkonu (zdůvodnění/indikace):*

- Degenerativní postižení kloubu palce

2. *Informace o potřebném zdravotním výkonu (o jeho účelu, povaze, předpokládaném prospěchu a následcích):*

Zavedení náhrady základního kloubu palce na noze slouží k zmírnění bolestí a event. zlepšení hybnosti postiženého kloubu.

Po uspání (celková anestézie), či aplikaci svodné anestézie, při které je potlačeno vnímání bolesti na operované končetině, je na stehno naložena manžeta a jejím nafouknutím se výrazně sníží proudění krve v operované končetině. Tzv. „bezkrví“ zabezpečuje dobrou přehlednost operačního pole. Pak je proveden řez na vnitřní straně palce, jsou odstraněny výrůstky kolem kloubu. Je odstraněna база článku palce a malá část hlavičky. Pak jsou rašplovány dřevové dutiny článku palce a nártní kosti palce. Po vyzkoušení zkušebními komponentami je zavedena originální kloubní náhrada, kde jamka je z polyetylenu a hlavička je vyrobena ze slitiny kovu. Je vyzkoušen pohyb a stabilita. Operační rána je po jednotlivých vrstvách sešita. Jako nezbytný následek výkonu je operační rána a následně jizva.

3. *Rizika zdravotního výkonu:*

Operační výkon vede k zásadnímu řešení zdravotních obtíží pacienta. Na základě zdravotního stavu a diagnózy je plně indikován. Přesto s sebou přináší rizika, kdy může výjimečně dojít i k zhoršení předoperačního zdravotního stavu pacienta. Pacient byl s těmito důsledky plně seznámen a souhlasí s provedením výkonu.

Operační výkon může být spojen zejména s těmito riziky: infekce močové a místní, poruchy srážení krve spojené s nadměrnou krevní ztrátou nebo ucpáváním cév, poruchy centrálního nebo periferního nervového systému, poruchy funkce srdce, plic, mozku, jater, ledvin či ostatních orgánů, alergické reakce na použitý materiál a léky. Může dojít ke změně tvaru, osy a délky operované končetiny.

Nepředvídatelné komplikace, které mohou nastat nebo se projevit během operace, si mohou vyžádat rozšíření operačního výkonu nebo jeho omezení v nezbytném rozsahu.

Uvedené, i jiné, zde nejmenované komplikace mohou dočasně nebo trvale ovlivnit celkový zdravotní stav pacienta.

4. *Alternativy zdravotního výkonu:*

- Nejsou žádná alternativní operační řešení.

5. *Údaje o možném omezení v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti po provedení příslušného zdravotního výkonu, lze-li takové omezení předpokládat; v případě možné nebo očekávané změny zdravotního stavu též údaje o změnách zdravotní způsobilosti:*

Předpokládaná doba hospitalizace:

- 3-5 dní

Předpokládaná doba trvání pracovní neschopnosti (předpokládaná doba, po kterou pacient nebude schopen vykonávat své studium):

- asi 3 měsíce, event. déle v závislosti na profesi

Předpokládaná omezení v běžném způsobu života a předpokládané změny zdravotní způsobilosti:

- Od druhého dne se začíná s rehabilitací, cvičením palce a chůzí o berlích bez zatěžování operované končetiny, nebo je povolena chůze ve speciální obuvi. Přibližně po dobu 1-2 měsíců obvykle pacient odlehčuje operovanou končetinu, chodí s holemi. Další omezení v běžném způsobu života: nelze plně specifikovat, záleží na individuálních pooperačních reakcích a zdravotním stavu pacienta.

6. *Údaje o léčebném režimu a preventivních opatřeních, která jsou vhodná, a údaje o poskytnutí dalších zdravotních služeb (zdravotních výkonů):*

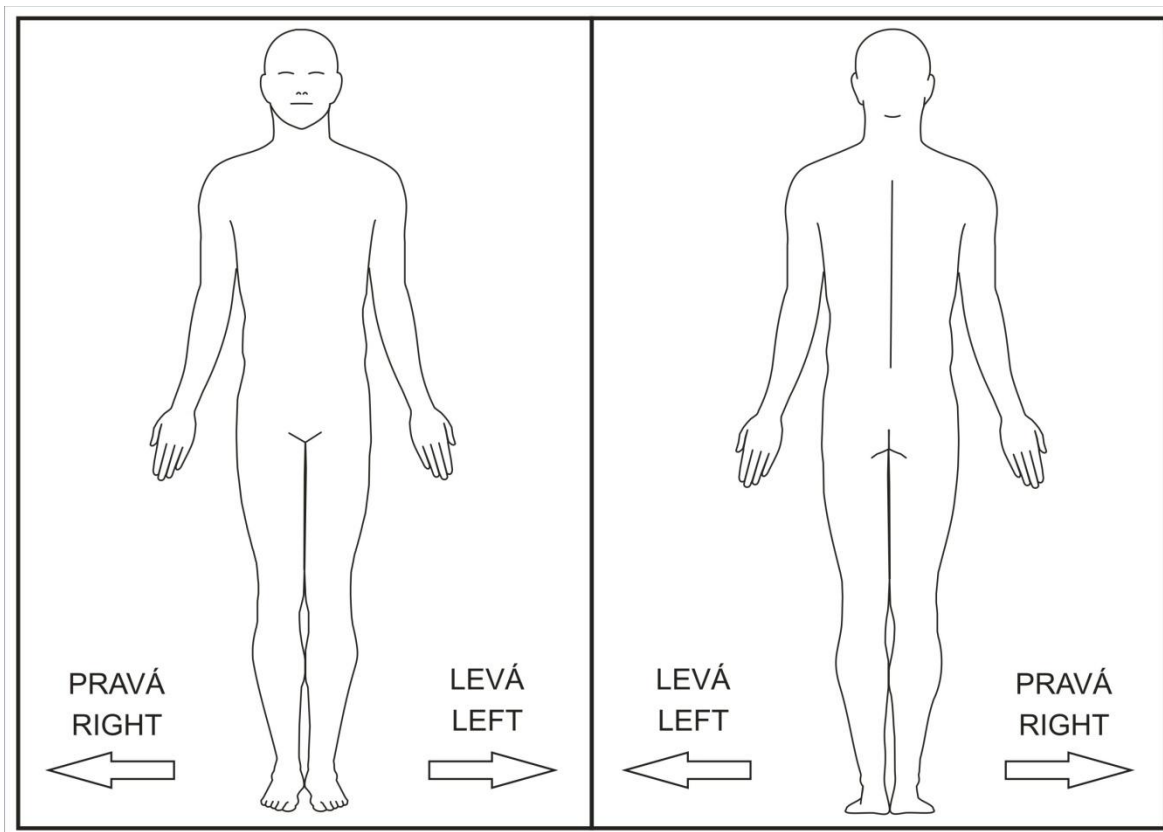
Nelze plně specifikovat, záleží na individuálním zdravotním stavu pacienta. V podrobnostech viz propouštěcí zpráva - individuální doporučení.

Preventivní opatření snižující riziko zánětu žil dolních končetin s krevní sraženinou jsou elastická bandáž dolních končetin po dobu minimálně 2 měsíců, dostatečný příjem tekutin a aplikace léků snižující riziko vzniku hluboké žilní trombózy a vhodný pohybový režim.

Po propuštění z nemocnice bude pacient zván na kontroly určené operátorem.

Přítomnost zánětu v jakékoli lokalizaci musí pacient konzultovat se svým praktickým lékařem a dle jeho zvážení i s ortopédem z naší kliniky.

Prevence stranové záměny – označení strany a místa operace



Prohlášení lékaře:

Prohlašuji, že jsem výše uvedeného pacienta/zákonného zástupce pacienta srozumitelným způsobem a v dostatečném rozsahu informoval/a o jeho zdravotním stavu/o zdravotním stavu osoby jím zastupované a o veškerých shora uvedených skutečnostech, o navrženém individuálním léčebném postupu a všech jeho změnách, včetně upozornění na možné komplikace. Pacient/zákonný zástupce pacienta byl seznámen s plánovaným způsobem anestézie (sedace), bude-li použita.

Prohlášení lékaře, bude-li pacientovi implantován zdravotnický prostředek:

Prohlašuji, že jsem poskytl/a pacientovi/zákonnému zástupci pacienta podrobnou informaci obsahující údaje, které umožňují identifikaci zdravotnického prostředku (včetně jeho příslušenství), který bude u pacienta implantován, spolu s pokyny týkajícími se bezpečnosti pacienta a jeho chování, včetně toho, kdy má pacient vyhledat lékaře a kterým vlivům prostředí by se neměl vystavovat vůbec nebo jen při dodržování vhodných preventivních opatření.

V Praze, dne.....20..... v.....hod.

.....
Podpis a jmenovka lékaře

Prohlášení a souhlas pacienta/zákonného zástupce pacienta:

Já, níže podepsaný/á, prohlašuji, že jsem byl/a lékařem srozumitelně a v dostatečném rozsahu informován/a o svém zdravotním stavu/o zdravotním stavu osoby mnou zastupované a o veškerých shora uvedených skutečnostech. Údaje a poučení mi byly lékařem sděleny a vysvětleny, porozuměl/a jsem jim a měl/a jsem možnost klást doplňující otázky, které mi byly lékařem srozumitelně zodpovězeny.

Na základě poskytnutých informací a po vlastním zvážení souhlasím s provedením zdravotního výkonu/souhlasím s provedením výkonu u osoby mnou zastupované, případně s použitím uvedené anestezie (sedace), včetně provedení dalších zdravotních výkonů, pokud by jejich neprovedení bezprostředně ohrozilo můj život nebo zdraví/život nebo zdraví osoby mnou zastupované.

Současně také prohlašuji, že jsem lékařem sdělil/a všechny mně známé okolnosti, které by mohly zkomplikovat klidný průběh zdravotního výkonu (zejména užívané léky, alergie a všechna přidružená onemocnění).

Jsem si vědom/a, že tento svůj souhlas mohu kdykoliv odvolat.

Pro zákonného zástupce pacienta:

Jako zákonný zástupce nezletilého pacienta nebo pacienta s omezenou svéprávností prohlašuji, že veškeré shora uvedené informace byly poskytnuty rovněž tomuto pacientovi (za podmínky, je-li k tomu pacient přiměřeně rozumově a volně vyspělý). *Pokud pacientovi nebyly takové informace poskytnuty, uveďte se důvod jejich neposkytnutí:*

.....

V Praze, dne20..... vhod.

Podpis pacienta* /zákonného zástupce

Identifikace zákonného zástupce:

Jméno a příjmení:

Datum narození: Vztah k pacientovi:

Podpisová doložka svědka:

.....

Důvod nepodepsání, nemůže-li se pacient podepsat

.....

Způsob, jakým pacient projevil vůli

.....

Jméno a příjmení svědka

.....

Podpis svědka