



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 ODSTRANĚNÍ KOVOVÉHO MATERIÁLU PO PŘEDCHOZÍCH OPERACÍCH

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

- stav po zlomenině

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

Účelem operace je odstranění osteosyntetického materiálu přítomného v těle. Osteosyntetický materiál se odstraňuje proto, aby nedocházelo k dráždění okolních tkání a aby materiál nekomplikoval event. průběh dalších operací.

Po uspání (celková anestézie), či aplikaci svodné anestézie, při které je potlačeno vnímání bolesti, je obvykle řezem v původní jizvě proniknuto k osteosyntetickému materiálu a jeho postupně částečné či celkové odstranění. Následuje sešití rány, její zakrytí.

Jako následek operačního výkonu vzniknou rány a následně jizvy, po přechodnou dobu i krevní podlitina a otoky v okolí operační rány.

### 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.

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.
- Alternativou je ponechání osteosyntetického materiálu v těle, především tehdy, pokud rizika odstranění převyšují výhody, které jsou uvedeny v bodě 3.
- Alternativním postupem je i částečné odstranění osteosyntetického materiálu, odstraňuje se jen ta část materiálu, která by mohla být příčinou dráždění okolních tkání nebo komplikovat event. další operace. Dále se v těle ponechávají části osteosyntetického materiálu, jejichž odstranění by bylo technicky náročné a pět by jejich vyjmutím převažovala rizika nad výhodami odstranění osteosyntetického materiálu.

### 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:*

- 2-5 dní

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

- asi 14-30 dní, event. déle v závislosti na fyzické náročnosti profese

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

Pokud je osteosyntetický materiál odstraňován z dolní končetiny, pak pacient obvykle do vyjmutí stehů za 10-14 dnů končetinu odlehčuje a chodí s francouzskými holemi. Obvykle 3 měsíce po odstranění osteosyntetického materiálu nepřetěžuje tu část těla, ze které byl materiál odstraněn.

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

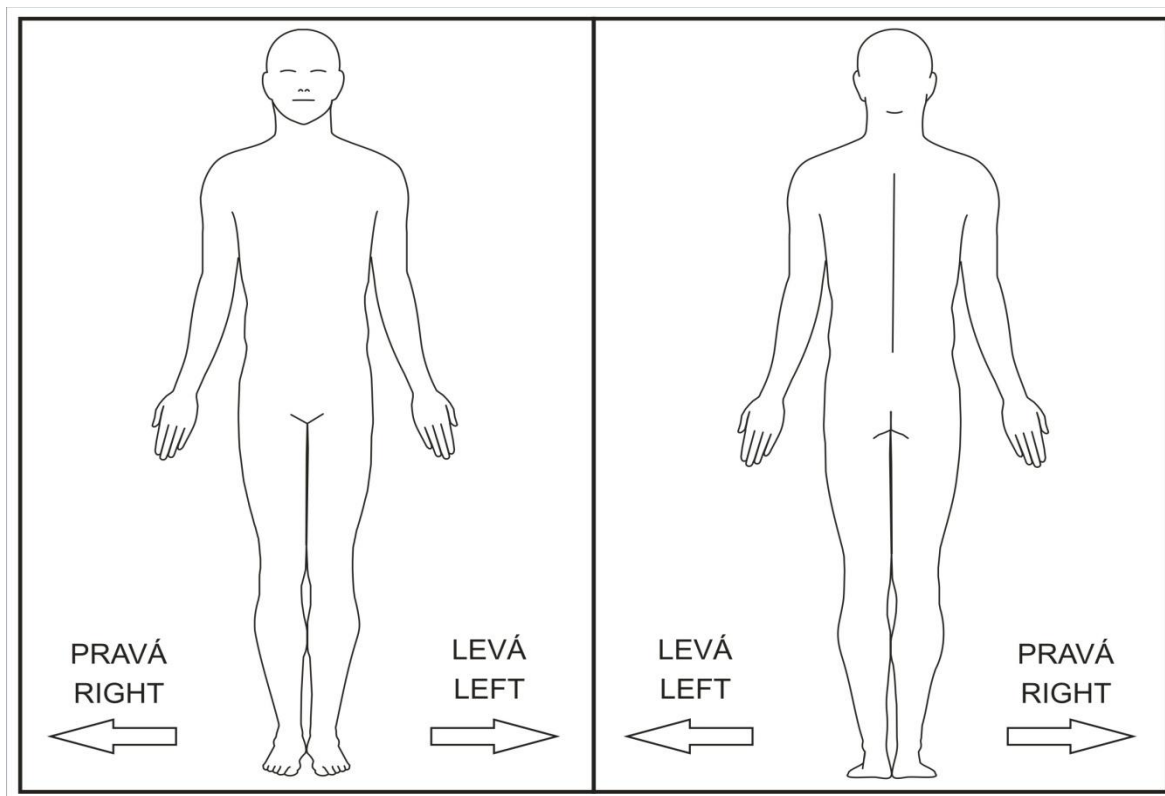
Nelze plně specifikovat, záleží na individuálním zdravotním stavu pacienta. Jinak viz propouštěcí zpráva - individuální doporučení.

Preventivní opatření snižující riziko zánětu žil dolních končetin s krevní sraženinou jsou elastická bandáž dolních končetin po dobu minimálně 1 měsíce, dostatečný příjem tekutin a aplikace léků snižující riziko vzniku hluboké žilní trombózy a vhodný pohybový režim.

Pacient bude po propuštění z nemocnice zván na kontroly určené operátérem.

Přítomnost zánětu v jakékoli lokalizaci musí pacient konzultovat s praktickým lékařem a dle jeho zvážení i s ortopedem 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 lékaři 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, uvede se důvod jejich neposkytnutí:*

.....

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

**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

\* Nezletilému pacientovi lze zdravotní služby poskytnout na základě jeho souhlasu, jestliže je provedení takového úkonu přiměřené jeho rozumové a volní vyspělosti odpovídající jeho věku. U pacienta s omezenou svéprávností se postupuje obdobně, nezohledňuje se však věk pacienta.