



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 RAMENNÍHO KLOUBU (NÁHRADA POUZE HLAVICE NEBO NÁHRADA CELÉHO RAMENNÍHO KLOUBU VČETNĚ JAMKY)

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

- Artróza (degenerativní) postižení ramenního kloubu
- Zlomenina horní části pažní kosti
- Stav po náhradě hlavice ramenního kloubu, která selhala

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

Zavedení náhrady ramenního kloubu slouží především k zmírnění bolestí a event. zlepšení hybnosti postiženého ramenního kloubu.

Po uspání (celková anestézie) je na přední straně ramenního kloubu proveden řez a postupně se proniká do postiženého kloubu. Uvolní se kloubní pouzdro a provede se odstranění poškozené hlavice ramenního kloubu. Podle operačního nálezu se nahrazuje pouze hlavice ramenního kloubu nebo i jamka. Postupně se opracuje dřevňová dutina pažní kosti a eventuálně i jamka v oblasti lopatky. Po zavedení zkušebních částí protézy se ověří hybnost a stabilita ramenního kloubu a následuje zavedení definitivních částí náhrady. Po zavedení drénů je po jednotlivých vrstvách sešita rána. Následuje krytí rány a přiložení ortézy k fixaci horní končetiny. Ve většině případů je ortéza na horní končetině na dobu 3-5 týdnů. Záleží na peroperačním nálezu.

Jako nezbytný následek výkonu je operační rána a následně jizva, po přechodnou dobu i krevní podlitina na operované končetině.

3. *Rizika zdravotního výkonu:*

Operační výkon vede k zásadnímu řešení zdravotních obtíží pacienta. Na základě zdravotního stavu a diagnosy je plně indikován. Přesto s sebou přináší rizika, kdy může výjimečně dojít i k zhoršení předoperačního zdravotního stavu pacienta.

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.

U náhrady celého ramenního kloubu (hlavice i jamky) při neopatrné rehabilitaci hrozí vymknutí ramenního kloubu.

4. *Alternativy zdravotního výkonu:*

- Nejsou žádná alternativní operační řešení.
- Konzervativní postup (postup bez operace) – pacient není zatížen operačním výkonem s jeho možnými riziky, ale přetrvává bolest, omezení hybnosti a nutnost užívání léků, které tlumí bolest a zánět a mohou mít i nežádoucí vedlejší účinky.

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:

- 8-11 dní

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

- asi 3 měsíce (v závislosti na fyzické náročnosti profese)

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

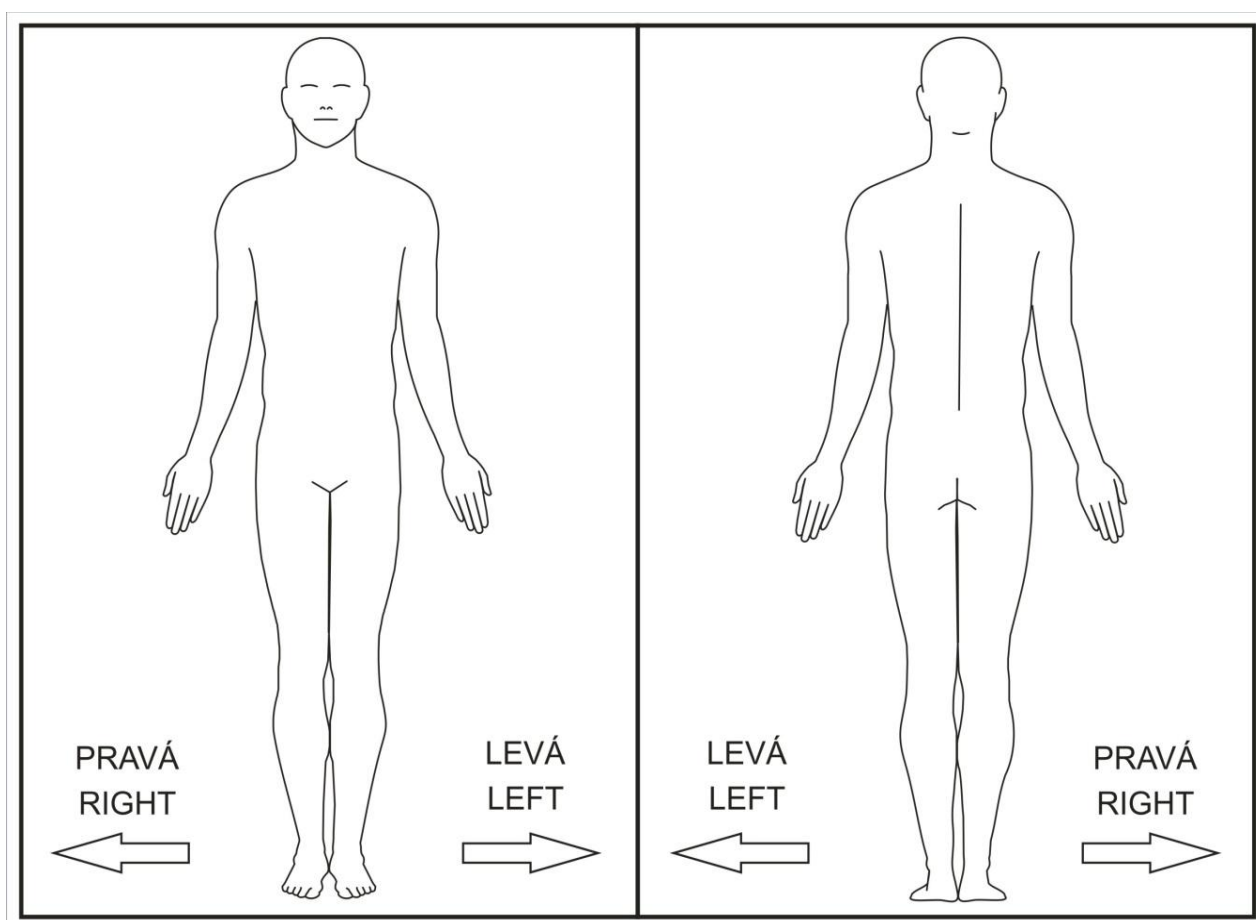
Před operací nelze plně zodpovědně specifikovat, neboť u každého pacienta může být pooperační průběh jiný. Mezi předpokládaná omezení patří omezená mobilita a funkce operované končetiny po dobu asi 3 měsíců. Po operaci je vhodná rehabilitace, cvičení ramenního kloubu podle instrukce operátora nebo rehabilitačního pracovníka. Nutnost kontrol ošetřujícím lékařem. V podrobnostech viz propouštěcí zpráva - individuální doporučení.

U fyzicky náročných profesí je nutno počítat i s nemožností obnovení původního pracovního zařazení.

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

Pooperační léčebný režim je individuální a bude specifikován v propouštěcí zprávě a aktuálně měněn při každé ambulantní kontrole. Po operaci je nutné dodržovat rehabilitační režim podle instrukcí rehabilitační sestry a operátora, aby nedošlo k vykloubení náhrady ramenního kloubu. Pooperační rehabilitační režim je individuální. 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, 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