



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 NAPRAVENÍ DEFORMITY PALCE NOHY – PROTNUTÍ (OSTEOTOMIE) I. ZÁNÁRTNÍ KOSTI

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

- Porucha osy palce na noze

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

Napravení chybné osy palce nohy má za cíl odstranit bolestivost tohoto prstu z nesprávného zatížení nohy a zamezit tvorbě otlaků na přednoží a přenesení potíží na další prsty nohy.

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, podél první kosti zánártní. Jsou odstraněny výrůstky kolem kloubu palce. Podle deformity palce je provedeno protnutí (osteotomie) I. zánártní kosti buď těsně pod hlavičkou, nebo v horní části zánártní kosti, tak aby bylo napraveno nefyziologické postavení první zánártní kosti. Kostí jsou fixovány kovovým materiálem – skobkami, šrouby nebo dlahou. 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. Další komplikací může být otok nártu nohy, který může přetrvávat po operaci až 3-4 měsíce.

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:*

Konzervativní postup (postup bez operace) – pacient není zatížen operačním výkonem s jeho možnými riziky, ale přetrvává bolest, omezení hybnosti a deformace palce nohy, 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:*

- 3-5 dní

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

- asi 2-3 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 berličích bez zatěžování operované končetiny, nebo je povolena chůze ve speciální obuvi. Přibližně po dobu 5 týdnů je nutná chůze o berličích bez zatěžování operované končetiny. 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):**

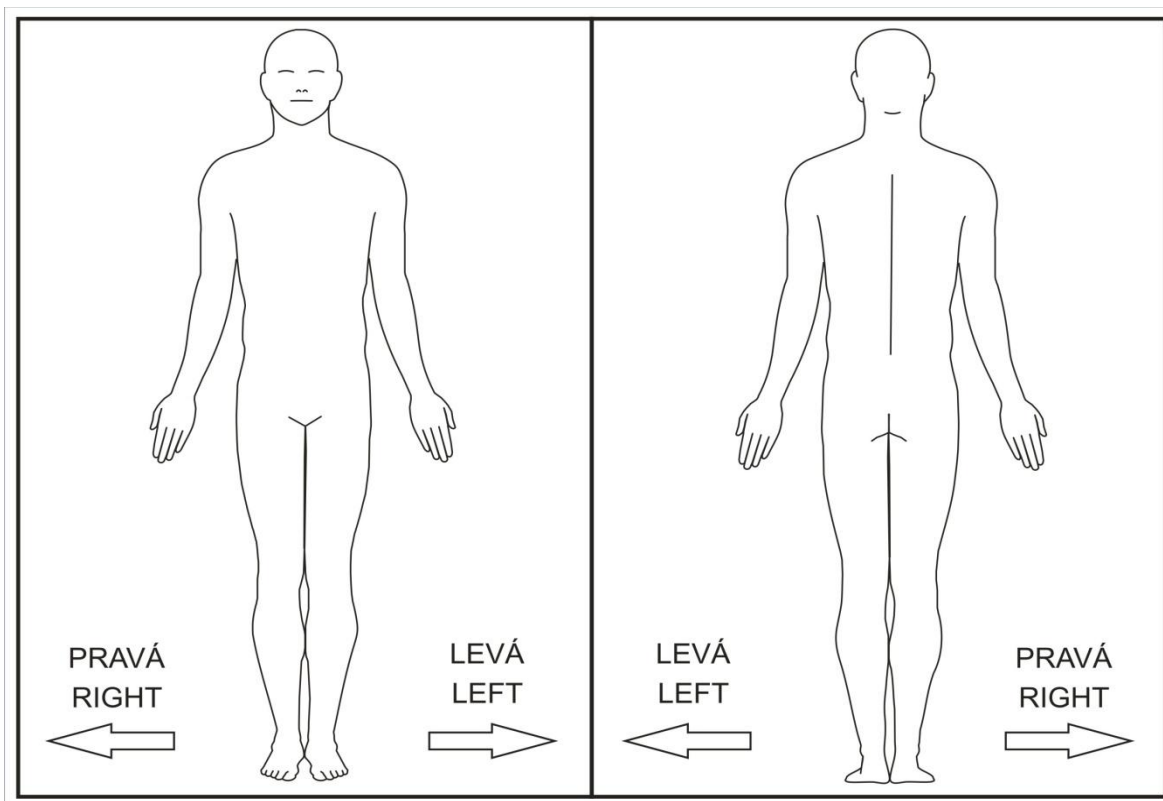
Nelze plně specifikovat, záleží na individuálním zdravotním stavu pacienta. Jinak viz propouštěcí zpráva - individuální doporučení.

Preventivní opatření snižující riziko zánětu žil dolních končetin s krevní sraženinou jsou elastická bandáž dolních končetin po dobu minimálně 2 měsíců, 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 operátorem.

Přítomnost zánětu v jakékoli lokalizaci musí pacient konzultovat s 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, 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.