



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 KLOUBNÍ NÁHRADY (KOLENNÍHO NEBO KYČELNÍHO KLOUBU)

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

- Infekční komplikace, selhání kloubní náhrady

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

Odstranění kloubní náhrady slouží k vyhojení infekce, která je v okolí náhrady.

Po uspání (celková anestézie), či aplikaci svodné anestézie, při které je potlačeno vnímání bolesti na operované končetině, je proveden řez v původním kožním přístupu a postupně pronikáme k postiženému kloubu. Je odstraněna původní kloubní náhrada, odstraněny jsou všechny zánětem změněné měkké tkáně. Tkáně jsou opakovaně proplachovány roztokem s antibiotikem. Místo kloubní náhrady je implantována prefabrikovaná vložka ve tvaru kloubní náhrady (tzv. spacer), který zabraňuje zkrácení měkkých tkání. V některých případech vzhledem k nálezu po extrakci kloubní náhrady není možné prefabrikovanou vložku (spacer) použít a je provedeno pouze vyjmutí kloubní náhrady. Dalším krokem je zavedení drénů, které umožňují po operaci proplachování operační rány antibiotiky. Drény jsou většinou odstraňovány za 4-7 dní po operaci. Pak je po jednotlivých vrstvách sešita rána. Přiloženo sterilní krytí.

Jako nezbytný následek výkonu je operační rána a následně jizva, po přechodnou dobu se může objevit 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. 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 použité materiál a léky. Může dojít ke změně tvaru, osy a délky operované končetiny. Při použití spaceru může při pohybu docházet ke zvukovým fenoménům – vrzotům, které nemají vliv na jeho funkci.

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. Vzhledem k tomu, že implantát pro léčbu infekce (spacer) je pouze pro dočasné užití, může při jeho delším užití hrozit jeho zlomení.

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, přetrvávající známky zánětu, zarudnutí původní operační rány, omezení hybnosti postiženého kloubu, nutnost užívání léků, které tlumí bolest a zánět a mohou mít i nežádoucí vedlejší účinky. Může dojít i k rozšíření infekce do celého těla.

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:

- 8-30 dní

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

- asi 6-12 měsíců, event. déle v závislosti na profesi

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

Přibližně po dobu 3 měsíců obvykle pacient odlehčuje operovanou končetinu, chodí s holemi. Po operaci je nácvik chůze dle instruktáže. Při extrakci kloubní náhrady kolenního kloubu je dolní končetina fixována v ortéze s limitovaným pohybem.

Minimálně 3 měsíce po extrakci náhrady kyčelního kloubu pacient nesmí překřížit dolní končetiny, nesmí vytáčet špičku na operované dolní končetině zevně a v operovaném kyčelním kloubu neprovádí ohnutí větší než do pravého úhlu. Není vhodné prudce otáčet trupem, nepředklánět se a ohýbat se, sedat si do hlubokého křesla. Při otáčení na lůžku si pacient mezi kolena vkládá polštářek, aby nedošlo k překřížení končetin a tím k vykloubení spaceru.

Pokud vzhledem k operačnímu nálezu není možné aplikovat dočasnou kloubní náhradu (spacer) je provedeno pouze vyjmutí endoprotézy a v pooperačním období je nutný tah za končetinu, který se provádí drátem zavedeným za dolní část stehenní kosti. Tah je většinou nutný po dobu 6 týdnů, po kterou je nemocný upoután na lůžko. Po šesti týdnech se začíná s rehabilitací, nácvikem chůze.

Další omezení v běžném způsobu života: nelze plně specifikovat, záleží na individuálních pooperačních reakcích a zdravotním stavu pacienta.

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

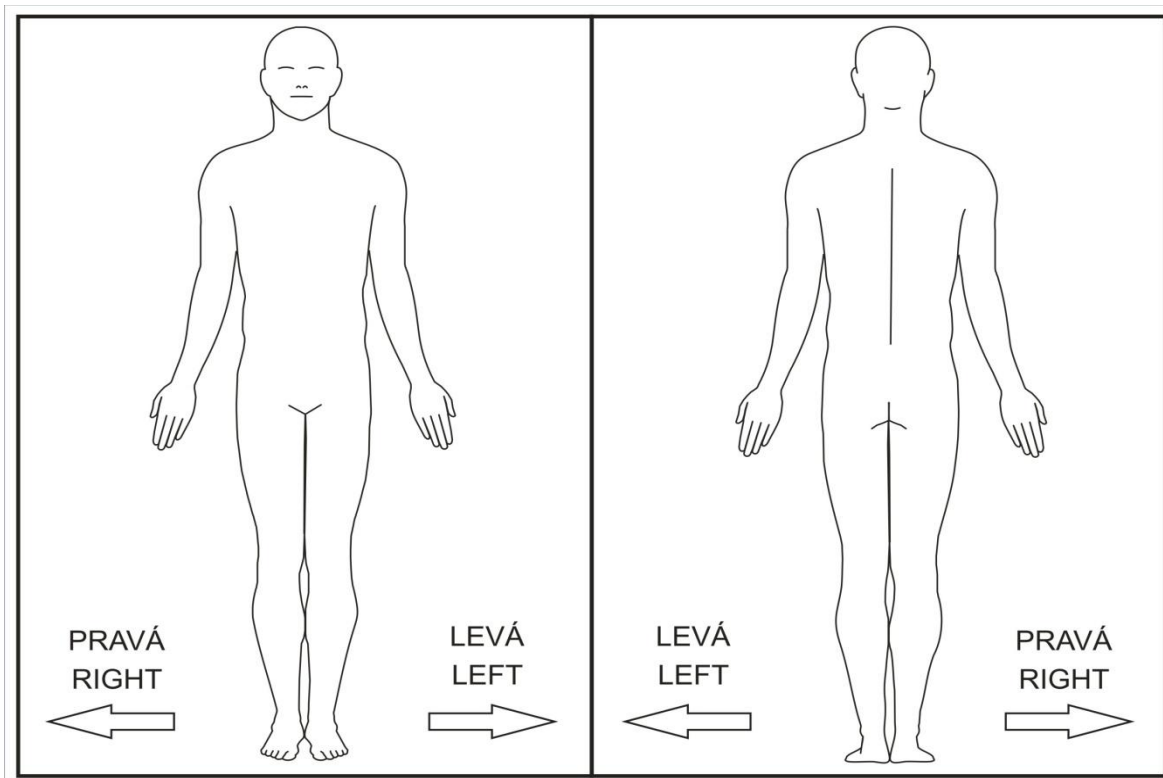
6. Údaje o léčebném režimu a preventivních opatřeních, která jsou vhodná, a údaje o poskytnutí dalších zdravotních služeb (zdravotních výkonů):

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 3 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 operátérem.

Přítomnost zánětu v jakékoli lokalizaci musí pacient konzultovat se svým praktickým lékařem a dle jeho zvážení i s ortopédem z I. ortopedické kliniky 1. LF UK a FN Motol.

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

* 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.