



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 OSTEOTOMIE (PROTNUTÍ) PATNÍ KOSTI

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

- Revmatická deviace zadní části nohy
- Pes planovalgus – plochá noha
- Pes cavus – lukovitá, vyklenutá noha
- Posttraumatická deviace (vychýlení) paty

(Pozn. ošetřující lékař vybere a zaškrtně jednu z výše uvedených diagnóz odpovídající zdravotnímu stavu konkrétního pacienta.)

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

Po usnutí (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. Z řezu na zevní straně paty je za kontroly rentgenového zesilovače protnuta patní kost, kosti jsou posunuty tak aby došlo ke korekci patní kosti. Patní kost je fixována kovovým materiálem – 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 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:*

- Od druhého dne se začíná s rehabilitací, chůze o berlích bez zatěžování operované končetiny, noha je fixovaná v ortéze nebo sádrové dlaze. Přibližně po dobu 5 týdnů je nutná chůze o berlích bez zatěžování operované končetiny. Další omezení v běžném způsobu života: nelze plně specifikovat, záleží na individuálních pooperačních reakcích a zdravotním stavu pacienta.

*Předpokládané změny zdravotní způsobilosti:*

- 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):

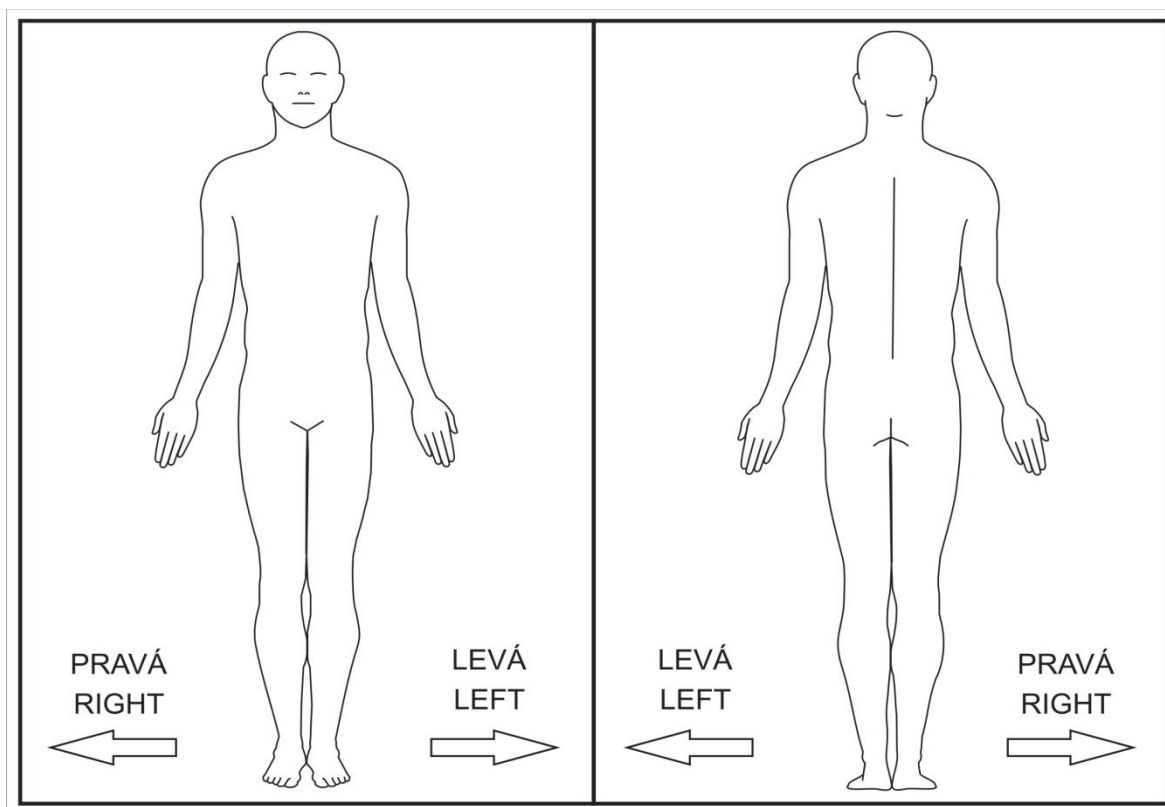
Nelze plně specifikovat, záleží na individuálním zdravotním stavu pacienta. Jinak viz propouštěcí zpráva - individuální doporučení.

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 operátérem.

Přítomnost zánětu v jakékoli lokalizaci musí pacient konzultovat s praktickým lékařem a dle jeho zvážení i 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