



Klinika kardiiovaskulární chirurgie 2. LF UK a FNM  
FAKULTNÍ NEMOCNICE V MOTOLE  
V Úvalu 84, 150 06 Praha 5, IČ: 00064203

Identifikační štítek pacienta

## INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTA/ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE S VÝKONEM CHIRURGICKÉ OŠETŘENÍ RANNÉ KOMPLIKACE VE STERNOTOMII

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

- Komplikace v chirurgické ráně po operaci srdce (sternotomii) – infekce a/nebo nestabilita hrudní kosti.

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

- Vzhledem ke komplikaci v ráně je nutné chirurgické ošetření v celkové anestezii, během něhož bude rána důkladně vyšetřena, odstraněny infikované nebo odumřelé části tkání, event. cizí materiál (stehy, drátěné kličky apod.), rána bude vypláchnuta, a pokud to stav tkání umožní, znovu zašita. Nebude-li zašití rány možné, bude rána ponechána k otevřenému hojení a převazům s antiseptiky nebo metodou podtlakového hojení a definitivní zašití bude provedeno později. Dle výsledků kultivace z rány bude též nutné podávání antibiotik po dostatečně dlouhou dobu, aby došlo k potlačení (vyléčení) infekce.
- Očekávaný přínos (prospěch) výkonu: chirurgické ošetření umožní další hojení rány, snižuje pravděpodobnost dalších komplikací – celkové infekce, poranění srdce o hrudní kost, drátěné kličky apod. a tím zkrátí dobu léčení a sníží možnost následků či úmrtí.

### 3. *Rizika zdravotního výkonu:*

Zejména:

- rizika vyplývající z anestezie (viz souhlas s anestezí);
- zhoršení doprovodných onemocnění (zejména zhoršení kompenzace diabetu, zhoršení stavu dýchání u respiračních onemocnění apod.);
- rizika vyplývající z poruchy hojení – infekce lokální či celková, dlouhodobá hospitalizace, nutnost podávání antibiotik, poranění srdce, nutnost opakovaných chirurgických ošetření u nehojící se rány, riziko podvýživy při zvýšené zátěži organismu při komplikovaném hojení.

### 4. *Alternativy zdravotního výkonu:*

- Alternativa k chirurgickému ošetření rány není. Pokud nebude rána chirurgicky ošetřena, k jejímu zhojení nedojde.

### 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:*

- Do definitivního chirurgického uzávěru rány nutnost pravidelných převazů za hospitalizace. Podávání antibiotik dle výsledků kultivace z rány po dostatečně dlouhou dobu. Po definitivním ošetření do zhojení rány a po dobu dalších 2 měsíců nutnost omezit zátěž na hrudní kost, tj. zejména nenosit těžká břemena, vyvarovat se pádu apod. Po propuštění další ambulantní sledování chirurgem a v případě komplikací ihned na kardiouchirurgickém pracovišti.

*Předpokládaná doba hospitalizace:* délku léčby infekce v ráně nelze nikdy přesně odhadnout. Zašití rány bude provedeno, až pokud budou negativní výsledky kultivace z rány – nejčastěji se jedná o 1 – 2 týdny a po zašití ještě další týden. U těžkých infekcí bude doba hospitalizace delší.

*Předpokládaná doba trvání pracovní neschopnosti (předpokládaná doba, po kterou pacient nebude schopen vykonávat své studium):* minimálně 2 měsíce od zašití rány – důvodem je kostní hojení, kdy přerušovaná hrudní kost se hojí podobně, jako kdyby se jednalo o zlomeninu.

*Předpokládaná omezení v běžném způsobu života:* 2 měsíce od zašití rány je nutné omezit činnosti zatěžující hrudní kost – zejména zvedání břemen a jiné namáhavé činnosti vykonávané horními končetinami.

*Předpokládané změny zdravotní způsobilosti:* pracovní způsobilost by ve většině případů neměla být zásadně změněna oproti vstupnímu stavu. Návrat k běžnému způsobu života lze předpokládat nejdříve za 2 měsíce od operace – tj. zejména až po zhojení operačních ran, absolvování adekvátní rehabilitace. V závislosti na celkovém zdravotním stavu a doprovodných onemocněních se toto období může prodloužit

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

- Během hospitalizace je nutno respektovat provozní řád oddělení a pokyny lékařů a sester. Kdykoliv během pobytu budou poskytnuty doplňující informace o zdravotním stavu. Po propuštění je nutno respektovat pokyny uvedené v propouštěcí zprávě. Nejpozději do 3 dnů po propuštění je nutná kontrola u praktického lékaře, který stanoví plán dalších kontrol. Kontrola v naší ambulanci při zhoršení zdravotního stavu je možná kdykoliv.

### 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.

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 jím 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, 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 přiměřeně jeho rozumově a volně vyspělosti odpovídající jeho věku. U pacienta s omezenou svéprávností se postupuje obdobně, nezohledňuje se však věk pacienta.