



Klinika dětské a dospělé ortopedie a traumatologie 2. 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

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

- Porucha osy palce nohy.

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 usnutí (celková anestezie), či aplikaci svodné anestezie, při které je potlačeno vnímání bolesti na operované končetině, je na stehno operované končetiny naložena manžeta a jejím nafouknutím se výrazně sníží proudění krve v operované končetině. Tzv. „bezkrví“ zabezpečuje dobrou přehlednost operačního pole. Řez je proveden na vnitřní straně nohy v oblasti první zánártní kosti a základního kloubu palce, v některých případech je nutné udělat přídatný řez v prvním meziprstí k uvolnění tahu šlachy přitahovače palce. Poté je proveden řez na kosti, je upravena její osa a v novém postavení je kost fixována šrouby, případně dlahou či dráty podle aktuální situace během operace. Dalším krokem je sešítí všech vrstev operační rány, naložení krytí rány a elastická bandáž operované končetiny.
- Jako nezbytný následek výkonu je operační rána a následně jizva, po přechodnou dobu i krevní podlitina na operované končetině.

3. *Rizika zdravotního výkonu:*

Zejména:

- zánět, uvolnění fixačního materiálu, jizvy, bolest v jizvě, cévní a nervové poškození, krevní podlitiny na operované končetině, zánět žil dolních končetin s krevní sraženinou, která se může uvolnit a v různém rozsahu uzavřít cévní řečiště plic (plicní embolie) a tak způsobit i smrt.
- Mezi další rizika patří zlomenina kostí, které se setkávají v operovaném kloubu, proleženiny, zhoršení stávajících onemocnění, návrat deformity, bolest a omezení hybnosti.

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:*

- Přibližně po dobu 6 týdnů obvykle pacient odlehčuje operovanou končetinu, chodí s francouzskými holemi.

Předpokládaná doba hospitalizace: 3 – 5 dní.

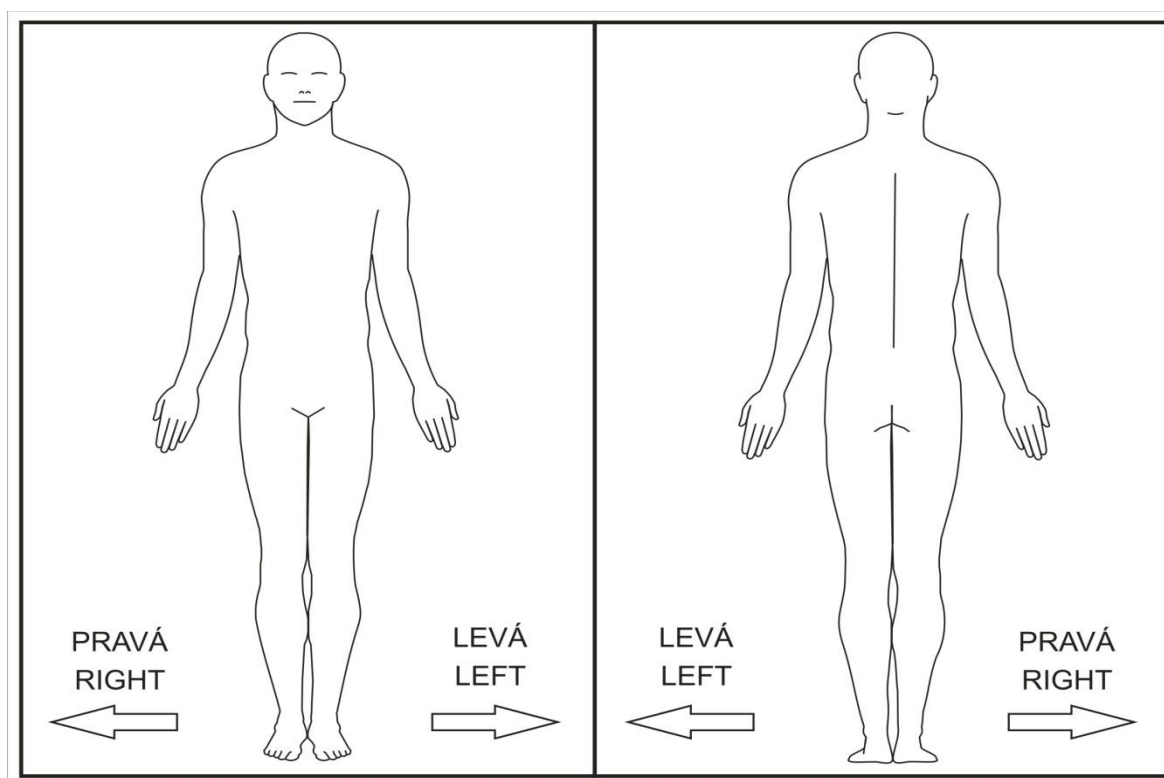
Předpokládaná doba trvání pracovní neschopnosti (předpokládaná doba, po kterou pacient nebude schopen vykonávat své studium): obvykle 6 týdnů, event. déle v závislosti na profesi.

Předpokládaná omezení v běžném způsobu života: po zhojení nejsou.

Předpokládané změny zdravotní způsobilosti: při nekomplikovaném průběhu se nepředpokládá.

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

- Preventivní opatření snižující riziko zánětu žil dolních končetin s krevní sraženinou jsou elastická bandáž dolních končetin po dobu, kterou pacient není plně schopen chůze, dostatečný příjem tekutin a aplikace léků snižující riziko vzniku hluboké žilní trombózy a vhodný pohybový režim.
- Pacient po propuštění z nemocnice bude zván na kontroly určené operáteřem.
- Přítomnost zánětu v jakékoli lokalizaci musí pacient konzultovat s ošetřujícím praktickým lékařem a dle jeho zhodnocení i s ortopedem 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 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 přiměřené jeho rozumové a volní vyspělosti odpovídající jeho věku. U pacienta s omezenou svéprávností se postupuje obdobně, nezohledňuje se však věk pacienta.