



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 ARTROSKOPIE KOLENNÍHO KLOUBU

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

- Bolestivost a omezení hybnosti kolene pro poškození měkkých tkání kloubu nebo kloubní chrupavky.

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

- Artroskopie kolene má za účel upřesnění diagnózy a zahájení adekvátní léčby v závislosti na nález uvnitř kolene.
- Po usnutí (celková anestezie), či aplikaci svodné anestezie, 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. Obvykle ze 2 řezů na přední straně kolene je po zavedení kamery a pracovních nástrojů do kolene vyšetřen kloub a pomocí speciálních artroskopických nástrojů je patologický nález uvnitř kolene ošetřen. Po ošetření nálezu následuje výplach kolene a sešití ran, jejich zakrytí a na operovanou končetinu je naložen obvaz.
- V ojedinělých případech je po artroskopickém upřesnění diagnózy nutná konverze na artrotomii (tj. otevření kolenního kloubu delším řezem) po níž následuje ošetření nalezené patologie. V některých případech je nutné k rekonstrukci měkkých struktur a chrupavky kolene použít vstřebatelný či nevstřebatelný materiál.
- Jako následek operačního zákroku vzniknou rány a následně jizvy, po přechodnou dobu i krevní podlitina operované končetiny.

3. **Rizika zdravotního výkonu:**

Zejména:

- jizvy, bolest v jizvě;
- zánět;
- cévní a nervové poškození;
- krevní podlitina 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;
- opakované náplně operovaného kolene, omezení hybnosti operovaného kolene;
- zhoršení a manifestace stávajících interních onemocnění;
- rizika spojená s anestezí.

4. **Alternativy zdravotního výkonu:**

- Konzervativní postup (postup bez operace) – výhody, pacient není zatížen operačním výkonem s možnými riziky, nevýhody: přetrvávající postižení kolene, která může vést k dalšímu poškození měkkých struktur a chrupavky kolene se vznikem předčasných degenerativních změn.

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: 1 – 3 dny.

Předpokládaná doba trvání pracovní neschopnosti (předpokládaná doba, po kterou pacient nebude schopen vykonávat své studium): 14 – 90 dní v závislosti na fyzické náročnosti profese/studia.

Předpokládaná omezení v běžném způsobu života: po operaci může být pacient v běžném životě omezen používáním francouzských holí, francouzské hole obvykle pacient používá 2 – 6 týdnů od operace. Dále je pacient omezen zhoršenou hybností operovaného kolene, rehabilitacemi, odlehčováním operované končetiny.

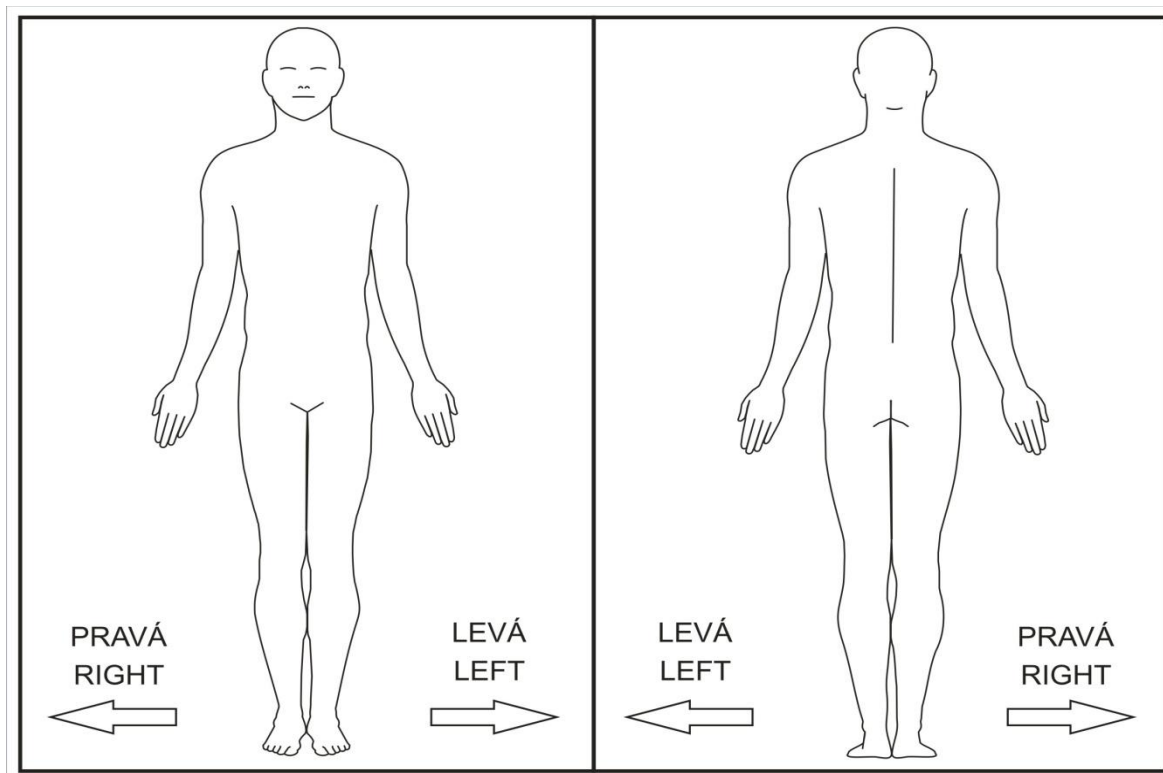
Po dobu imobilizace a iniciační fázi event. rehabilitačního procesu může být pacient omezen v běžných denních aktivitách, zejména řízení motorového vozidla, některých domácích pracích.

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):

- Po propuštění z nemocnice je pacient pozván na kontrolu za 5 – 12 dnů k převazu a upřesnění dalšího léčebného postupu.
- Preventivní opatření snižující riziko zánětu žil dolních končetin s krevní sraženinou jsou elastická bandáž dolních končetin, dostatečný příjem tekutin a vhodný pohybový režim, není-li stanoveno jinak.

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 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.