



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 ODSTRANĚNÍ KOVOVÉHO MATERIÁLU PO PŘEDCHOZÍCH OPERACÍCH

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

- Stav po zlomenině, stav po předchozích operacích se zavedením implantátu.

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

- Účelem operace je odstranění osteosyntetického materiálu přítomného v těle. Osteosyntetický materiál se odstraňuje proto, aby nedocházelo k dráždění okolních tkání a aby materiál nekomplikoval event. průběh dalších operací.
- Po uspání (celková anestezie), či aplikaci svodné anestezie, při které je potlačeno vnímání bolesti je obvykle řezem v původní jizvě proniknuto k osteosyntetickému materiálu a jeho postupné částečné či celkové odstranění. Následuje sešití rány, její zakrytí.
- Jako následek operačního výkonu vzniknou rány a následně jizvy, po přechodnou dobu i krevní podlitina a otoky v okolí operační rány.

### 3. *Rizika zdravotního výkonu:*

Zejména:

- jizvy, bolest v jizvě;
- zánět;
- cévní a nervové poškození;
- krevní podlitina kolem operační rány;
- 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;
- zhoršení stávajících onemocnění;
- omezení hybnosti přilehlých kloubů a zlomenina kosti po odstranění osteosyntetického materiálu.

### 4. *Alternativy zdravotního výkonu:*

- Alternativou je ponechání osteosyntetického materiálu v těle, především tehdy, pokud rizika odstranění převyšují výhody, které jsou uvedeny v bodě 2.
- Alternativním postupem je i částečné odstranění osteosyntetického materiálu. Odstraňuje se jen ta část materiálu, která by mohla být příčinou dráždění okolních tkání, nebo komplikovat event. další operace. Dále se v těle ponechávají části osteosyntetického materiálu, jejichž odstranění by bylo technicky náročné a opět by jejich vyjmutím převažovala rizika nad výhodami odstranění osteosyntetického materiálu.

### 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:*

- Pokud je osteosyntetický materiál odstraňován z dolní končetiny, pak pacient obvykle do vyjmutí stehů za 10 – 14 dnů končetinu odlehčuje a chodí s francouzskými holemi. Obvykle 3 měsíce po odstranění osteosyntetického materiálu nepřetěžuje tu část těla, ze které byl materiál odstraněn.

*Předpokládaná doba hospitalizace:* 2 – 5 dní.

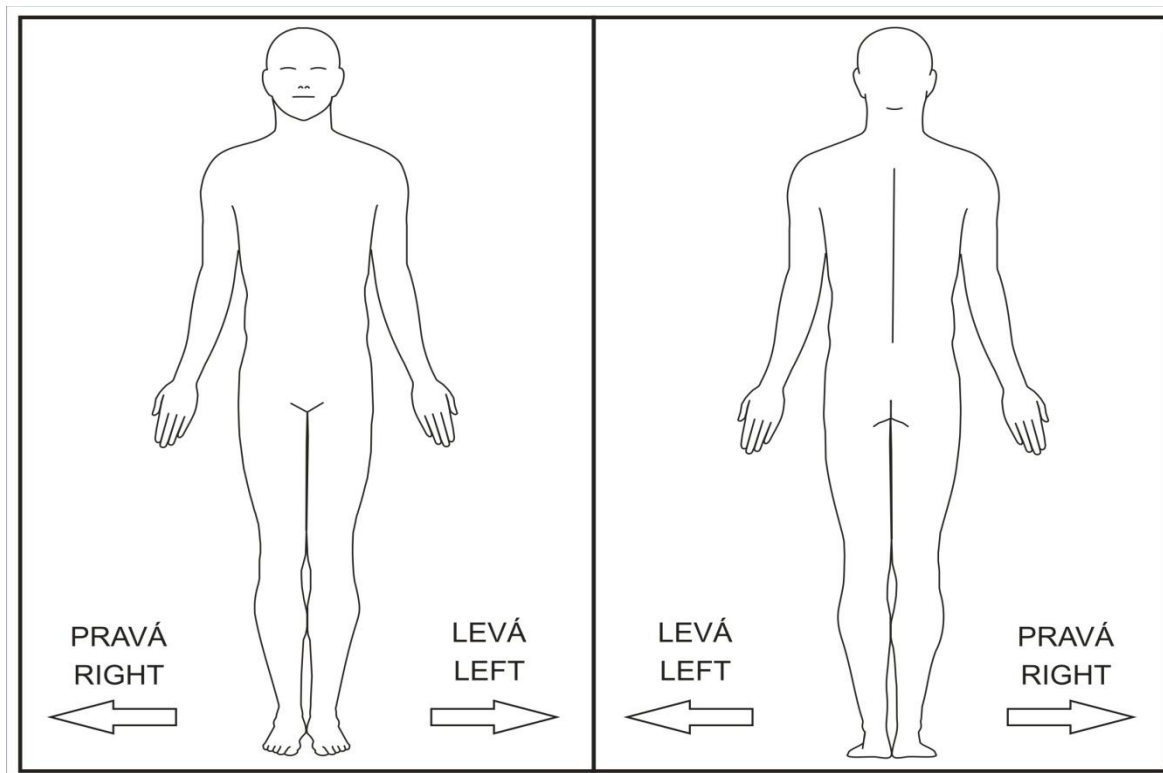
*Předpokládaná doba trvání pracovní neschopnosti (předpokládaná doba, po kterou pacient nebude schopen vykonávat své studium):* 14 – 90 dní v závislosti na fyzické náročnosti profese/studia.

*Předpokládaná omezení v běžném způsobu života:* viz výše.

*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.
- Preventivní opatření snižující riziko zánětu žil dolních končetin s krevní sraženinou jsou: elastická bandáž dolních končetin, dostatečný příjem tekutin a vhodný pohybový režim.

**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, 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.