



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 SROVNÁNÍ ZLOMENINY A JEJÍ FIXACE KOVOVÝM MATERIÁLEM

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

- Zlomenina či úrazová porucha postavení kloubu.

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

- Účelem operace je srovnání zlomeniny a její fixace kovovým materiálem, aby došlo k zhojení zlomeniny a aby byla co nejméně omezená funkce orgánu se zlomeninou. U nitrokloubních zlomenin se co nejlepším srovnáním daného typu zlomeniny snažíme oddálit vznik předčasných degenerativních změn – pouřazová artróza.
- Po uspání (celková anestezie), či aplikaci svodné anestezie, při které je potlačeno vnímání bolesti, je obvykle řezem nad zlomeninou, či řezy v okolí zlomeniny proniknuto ke kosti a je provedeno její srovnání. Po srovnání je do kosti zaveden kovový materiál k fixaci kostních úlomků. Následuje sešití rány, její zakrytí a v některých případech naložení sádrové fixace.
- 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 jsou zejména:**

- nezhojení zlomeniny, uvolnění materiálu fixujícího zlomeninu, 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 při aplikaci fixačního materiálu.

### 4. **Alternativy zdravotního výkonu:**

- Konzervativní postup (postup bez operace).
  - Výhody: pacient není zatížen operačním výkonem s možnými riziky.
  - Nevýhody: nezhojení zlomeniny vedoucí ke vzniku pakloubu, který je bolestivý a postižená kost neplní svou funkci. Zhojení ve špatném postavení, které omezuje funkci orgánu se zlomeninou a u nitrokloubních zlomenin vznik 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:**

- Obvykle po operaci zlomenin na končetinách je přiložena ortéza či sádrová fixace, které omezují hybnost operované končetiny a tím i soběstačnost pacienta.
- Po operaci na dolní končetině je pacient v běžném životě omezen používáním francouzských holí. Dále je pacient omezen zhoršenou hybností operovaného kolene, rehabilitacemi, odlehčováním operované končetiny.

*Předpokládaná doba hospitalizace:* 2 – 12 dní.

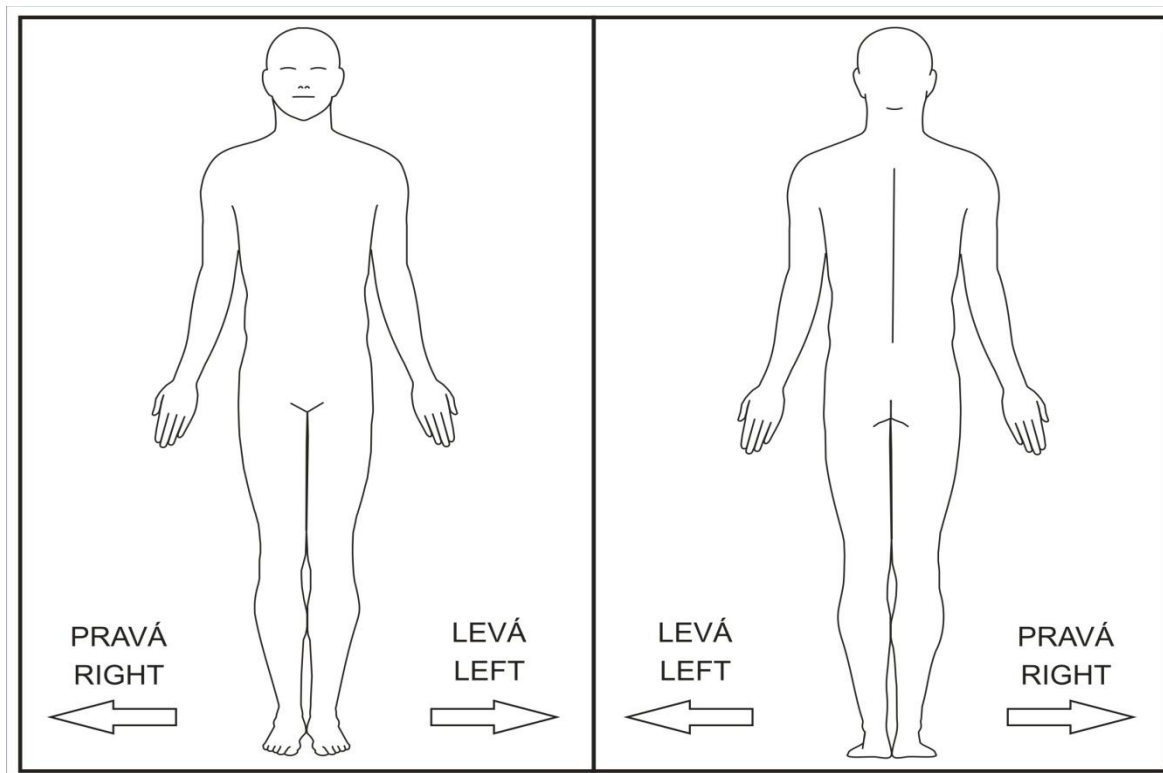
*Předpokládaná doba trvání pracovní neschopnosti (předpokládaná doba, po kterou pacient nebude schopen vykonávat své studium):* 3 – 9 měsíců v závislosti na fyzické náročnosti profese.

*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):**

- 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.