



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 REIMPLANTACE KLOUBNÍ NÁHRADY (NOVÁ IMPLANTACE KOLENNÍ NEBO KYČELNÍ KLOUBNÍ NÁHRADY)

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

- Stav po odstranění kloubní náhrady z důvodu infekce.
- Selhání (uvolnění) kloubní náhrady.

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

- Po usnutí (celková anestézie), či aplikaci svodné anestézie, při které je potlačeno vnímání bolesti na operované končetině, je proveden řez v původní operační ráně a postupně proniknutí k postiženému kloubu. Dále je odstraněna uvolněná kloubní náhrada (jen část náhrady nebo celá kloubní náhrada), podle toho, která část náhrady je uvolněna. Při implantaci nové kloubní náhrady po infekční komplikaci je odstraněna provizorní náhrada (spacer). Jsou odstraněny všechny jizevnaté tkáně a postupně je implantována nová kloubní náhrada. Někdy si operační výkon může vyžádat i aplikaci kostních štěpů z kostní banky do defektů kostí, které vznikají při uvolnění kloubní náhrady. Dalším krokem je zakloubení náhrady a po zavedení drénů je po jednotlivých vrstvách sešita rána. Přiloženo sterilní krytí.
- Jako nezbytný následek výkonu je operační rána a následně jizva, po přechodnou dobu se může objevit krevní podlitina na operované končetině.

### 3. *Rizika zdravotního výkonu:*

- Operační výkon vede k zásadnímu řešení zdravotních obtíží pacienta. Na základě zdravotního stavu a diagnózy je plně indikován. Přesto s sebou přináší rizika, kdy může výjimečně dojít i k zhoršení předoperačního zdravotního stavu pacienta. Pacient byl s těmito důsledky plně seznámen a souhlasí s provedením výkonu.
- Operační výkon může být spojen zejména s těmito riziky: infekce močové a infekce v oblasti operační rány, poruchy srážení krve spojené s nadměrnou krevní ztrátou nebo ucpáváním cév, poruchy centrálního nebo periferního nervového systému, poruchy funkce srdce, plic, mozku, jater, ledvin či ostatních orgánů, alergické reakce na použitý materiál a léky. Může dojít ke změně tvaru, osy a délky operované končetiny.
- Nepředvídatelné komplikace, které mohou nastat nebo se projevit během operace, si mohou vyžádat rozšíření operačního výkonu nebo jeho omezení v nezbytném rozsahu. Uvedené, i jiné zde nejmenované komplikace mohou dočasně nebo trvale ovlivnit celkový zdravotní stav pacienta.
- Nová implantace kloubní náhrady s sebou i přes preventivní a léčebné podávání antibiotik nese vyšší riziko infekce či reinfekce kloubní náhrady.

### 4. *Alternativy zdravotního výkonu:*

- Nejsou žádná alternativní operační řešení.
- Konzervativní postup (postup bez operace).
  - Výhody: pacient není zatížen operačním výkonem s jeho možnými riziky.
  - Nevýhody: přetrvává bolest, omezení hybnosti postiženého kloubu, nutnost užívání léků, které tlumí bolest a zánět a mohou mít i nežádoucí vedlejší účinky. Při pokročilém postižení kloubu se zhoršují podmínky k zavedení náhrady kloubu.

### 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:* 8 – 15 dní.

*Předpokládaná doba trvání pracovní neschopnosti (předpokládaná doba, po kterou pacient nebude schopen vykonávat své studium):* asi 3 – 5 měsíců, event. déle v závislosti na typu profese/studia. U fyzicky náročných profesí je nutno počítat i s nemožností obnovení původního pracovního/studijního zařazení.

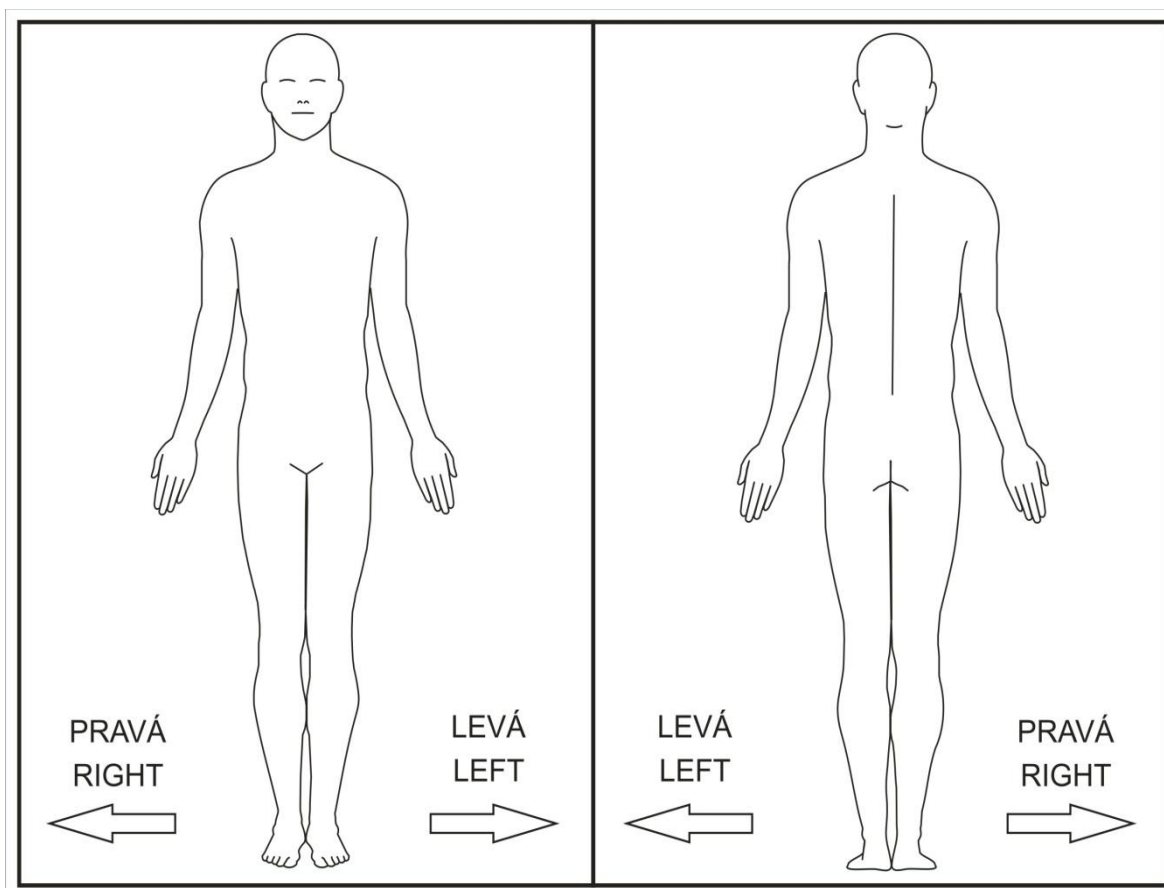
**Předpokládaná omezení v běžném způsobu života a předpokládané změny zdravotní způsobilosti:** přibližně po dobu 3 měsíců obvykle pacient odlehčuje operovanou končetinu, chodí s holemi. Po operaci je vhodná rehabilitace operovaného kloubu, nácvik chůze o berlích a cvičení operovaného kloubu dle instruktáže. Po náhradě kolenního kloubu je někdy nutné dolní končetinu fixovat ortézou s limitovaným pohybem. Minimálně 3 měsíce po operaci kyčelního kloubu pacient nesmí překřížit dolní končetiny, nesmí vytáčet špičku na operované dolní končetině zevně a v operovaném kyčelním kloubu neprovádí ohnutí větší než do pravého úhlu. Není vhodné prudce odtáčet trupem, nepředklánět se a ohýbat se, sedat si do hlubokého křesla. Při otáčení na lůžku si pacient mezi kolena vkládá polštářek, aby nedošlo k překřížení končetin a tím k vykloubení náhrady.

Další omezení v běžném způsobu života: nelze plně specifikovat, záleží na individuálních pooperačních reakcích a zdravotním stavu pacienta.

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

- Nelze plně specifikovat, záleží na individuálním zdravotním stavu pacienta. V podrobnostech viz propouštěcí zpráva - individuální doporučení.
- Preventivní opatření snižující riziko zánětu žil dolních končetin s krevní sraženinou jsou elastická bandáž dolních končetin po dobu minimálně 3 měsíců, dostatečný příjem tekutin a aplikace léků snižující riziko vzniku hluboké žilní trombózy a vhodný pohybový režim.
- Po propuštění z nemocnice bude pacient zván na kontroly určené operátorem.
- Přítomnost zánětu v jakékoli lokalizaci musí pacient konzultovat se svým praktickým lékařem a dle jeho zvážení 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 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.