



Dermatovenerologické oddělení
FAKULTNÍ NEMOCNICE V MOTOLE
 V Úvalu 84, 150 06 Praha 5, IČ: 00064203

Příjmení:

Jméno:

RČ pacienta:

INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTA/ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE S VÝKONEM DLAHOVÁNÍ NEHTOVÉ PLOTÉNKY, ČÁSTEČNÉ ODSTRANĚNÍ NEBO SPONOVÁNÍ NEHTU

1. Konkrétní zdravotní výkon (správnou možnost zaškrtněte):

- A) Dlahování nehtové ploténky.
- B) Částečné odstranění nehtu a zničení zárodečné tkáně nehtu 60% kyselinou trichloroctovou.
- C) Sponování nehtu.

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

- Zarůstající nehet.

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

- Zárok se provádí v místním injekčním znečistlivění (tj. po aplikaci anestetika) po předchozí desinfekci ošetřovaného nehtu a těsného okolí. Účelem provedení výkonu je zmírnění až vymizení bolestivosti a otoku postiženého prstu způsobených zarůstajícím nehtem.
- Místo na těle, kde bude výkon proveden:

A) Dlahování nehtové ploténky – vhodnější pro nehty nepostížené plísňovým onemocněním.

Po uvolnění boční hrany zarůstajícího nehtu je na nehet zavedena průhledná hadička, která plní funkci dlahy. Po opětovné desinfekci ošetřovaného místa je hadička upevněna náplastí a přiložen obvaz.

V každodenní domácí péči doporučujeme desinfekci ošetřovaného místa a kontrolu upevnění hadičky. Hadičku ponecháváme na nehtu 2 – 3 měsíce, možno i déle. Po uplynutí uvedené doby je hadičku možné odstranit u lékaře nebo se uvolní sama při domácí péči.

B) Částečné odstranění nehtu a zničení zárodečné tkáně nehtu 60% kyselinou trichloroctovou – rizikovější u pacientů s cukrovkou pro možnost zhoršeného hojení.

Po uvolnění postranní části zarůstajícího nehtu je tato část nehtu v celé délce odloučena od nehtového lůžka a podélně ustřížena včetně části nehtu zasahující pod horní nehtový val. Před aplikací 60% kyseliny trichloroctové na zárodečnou tkáň nehtu je na okolní kůži nehtu nanášena lékařská vazelína, aby nedošlo k jejímu poleptání. 60% kyselina trichloroctová je na zárodečnou tkáň nehtu aplikována sterilním vatovým tamponem po dobu 30 – 60 sekund. Poté je rána vypláchnuta fyziologickým roztokem k odstranění zbývající kyseliny trichloroctové. Na závěr zákroku je aplikována antibiotická mast a prst sterilně zavázán.

V každodenní domácí péči pacienti desinfikují ránu a aplikují antibiotickou mast. Pooperačně jsou pacienti kontrolováni ve 2 – 4 denních intervalech týden a poté 1 x týdně do zhojení.

C) Sponování nehtu – možné použití ve všech případech, někdy obtížné nasazení spony u nehtů postižených plísňovým onemocněním, kdy dochází k prořezávání spony. Nutná vyšší spolupráce pacienta vzhledem k ponechání spony 1 – 1,5 roku.

Ross Fraser spona je vyrobena z ortodontického drátu, nejčastěji o průměru 0,4 mm. Je vyrobena a upravena vždy podle velikosti a tvaru ošetřovaného nehtu. Háčky, které jsou součástí spony, je tato spona uchycena za postranní části ošetřovaného nehtu v místě zarůstání nehtu. Uprostřed nehtu je spona přilepena speciálním lepidlem. Následuje desinfekce ošetřovaného místa a sterilní krytí.

Pacient se musí dostavit na kontrolu nejpozději do týdne. Následné kontroly jsou 1 x za měsíc, kdy podle rychlosti růstu nehtu kontrolujeme uložení spony, případně ji podle potřeby posuneme. Sponu ponecháváme 1 – 1,5 roku. Při jejím posouvání, či definitivním odstranění je nutné vždy odřezovat použité lepidlo.

4. Rizika zdravotního výkonu mohou být zejména:

- Mírná bolestivost nebo palčivost při aplikaci anestetika.
- Vzácně je možný výskyt alergické reakce na podané anestetikum.
- Po zákroku mírné krvácení z rány.
- Vzácně může dojít k infikování rány.
- Po aplikaci 60% kyseliny trichloroctové může nastat mokvání rány, které ustává obvykle do 2 týdnů po zákroku.
- 1 – 2 dny po zákroku je mírná citlivost či bolestivost v operovaném místě.
- Recidiva, tj. opakování onemocnění, a tím i nutnost výkon provést znovu.

5. Alternativy zdravotního výkonu:

- Úplné stržení nehtu – nevýhodou je delší doba hojení, vyšší bolestivost rány po zákroku, vyšší pravděpodobnost návratu onemocnění a tím i nutnosti výkon provést znovu.
- V případě neprovedení výkonu přetrvává bolestivost a otok postiženého prstu, zvyšuje se riziko výskytu infekce.

6. 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: 0 dní.

Předpokládaná doba trvání pracovní neschopnosti (předpokládaná doba, po kterou pacient nebude schopen vykonávat své studium): 0 dní.

Předpokládaná omezení v běžném způsobu života: omezení cvičení po dobu 1 – 2 týdnů od zákroku.

Předpokládané změny zdravotní způsobilosti: nejsou.

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

- Viz výše.

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.

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:

..... Způsob, jakým pacient projevil vůli

Důvod nepodepsání, nemůže-li se pacient podepsat

..... Podpis svědka

Jméno a příjmení 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.