

INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTA S VÝKONEM

(stává se součástí dokumentace)

Jméno, příjmení pacienta:		Datum narození:
Lékař zodpovědný za poučení pacienta:		
Pracoviště /oddělení:		

Poučení pacienta o výkonu:	Uvolnění loketního nervu v kubitálním-loketním tunelu
Účel provedení výkonu /indikace/:	Účelem tohoto zdravotního výkonu je uvolnění nervu v LOKETNÍM ŽLÁBKU, který inervuje část předloktí, dlaně ruky a prstů, a jehož útlak vede k neurologickým projevům (mravenčení, trnutí oslabení apod.).
Provedení výkonu:	Ve svodné, celkové či lokální anestézii bude proveden řez 6-8 cm dlouhý nad loketním žlábkem, dále bude následovat protěti podkoží a vazu, který tvoří strop tunelu. Nepoměr mezi tímto prostorem a nervem je příčinou útlaku loketního nervu. Nerv bude uvolněn v nejnutnějším rozsahu, oprostěn od srůstů s okolím, což povede ke zlepšení jeho cévního zásobení. Po zjištění jeho vztahu k okolním strukturám bude eventuálně přesunut do připraveného žlábků mezi svaly v loketní jamce a tukem podkoží. Poté bude rána uzavřena několika stehy a bude na ránu přiloženo sterilní krytí.
Možné komplikace /omezení/:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Poškození atypicky probíhajících větví nebo vlastního loketního nervu, které inervují předloktí loket a svaly předloktí a ruky, 4.a 5.prst ; ▪ Porucha hojení rány; ▪ Pooperační infekce rány; ▪ Pooperační výskyt podkožního hematomu; ▪ Pooperační dlouhodobá bolestivost a zvýšená citlivost jizvy; ▪ Hojení rány nadměrnou jizvou s tlakem na uvolněný nerv a díky tomu návrat obtíží. <p>Po provedení výkonu je doporučeno:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ relativní klidový režim 14 dní do odstranění stehů, s nošením ruky na šátku a cvičení prsty i v lokti dle poučení; ▪ následně ambulantní rehabilitace; ▪ možnost plné zátěže za 6 týdnů od operace.

<p><i>Vyslovení souhlasu pacienta s provedením zdravotního výkonu:</i></p>	<p>Já pacient (zákonný zástupce) prohlašuji, že jsem byl(a) jasnou a mně srozumitelnou formou informován(a) o léčebném postupu. Prohlašuji, že jsem všem informacím jasně porozuměl(a), jsem obeznámen(a) s postupem i komplikacemi výkonu. Rovněž mi bylo umožněno klást otázky a diskutovat s lékařem o této problematice.</p> <p>S provedením operace – uvolnění loketního nervu v kubitálním-loketním tunelu souhlasím.</p> <p>Současně prohlašuji, že v případě výskytu neočekávaných komplikací, vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků nutných k záchraně mého života nebo zdraví souhlasím s tím, aby byly provedeny další potřebné a neodkladné výkony nutné k záchraně mého života nebo zdraví.</p>
<p><i>Datum:</i></p>	
<p><i>Podpis pacienta /zákonného zástupce/:</i></p>	
<p><i>Podpis lékaře:</i></p>	

Souhlasím, aby během poskytování zdravotní péče byli přítomni i zdravotničtí pracovníci, kteří nejsou na poskytování zdravotních služeb přímo zúčastněni a taktéž odborní pracovníci výrobců a distributorů prostředků zdravotnické techniky.

.....
podpis pacienta