

INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTA S VÝKONEM

(stává se součástí dokumentace)

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

Poučení pacienta o výkonu:	Operace skoliózy ze zadního přístupu
<i>Rozsah operačního výkonu:</i>	
<i>Účel provedení výkonu /indikace /:</i>	Účelem tohoto zdravotního výkonu je korekce skoliotické křivky a stabilizace pomocí titanové instrumentace s fúzí kostními štěpy.
<i>Provedení výkonu:</i>	Operační výkon je prováděn v celkové anestezii s použitím neuromonitoringu. Tento minimalizuje poškození míchy a nervových kořenů. Kožní řez je veden ve střední čáře, uvolnění obratlů a zavedení šroubů do obratlových těl za kontroly RTG. Dále pomocí speciálních nástrojů naložení tyčí a korekce vychýlení páteře. Obložení kostními štěpy z kostní banky.
<i>Možné komplikace /omezení/:</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Povrchová a hluboká infekce operační rány; ▪ Poškození nervové tkáně s možností trvalých následků ve smyslu poruchy cití nebo výpadku motorických funkcí na dolních končetinách; ▪ Poškození velkých cév spojené s velkými krevními ztrátami; ▪ Možnost vzniku poruchy cévního zásobení dolních končetin; ▪ Možnost vzniku poruchy cévního zásobení zažívacího traktu a krátkodobá porucha pasáže zažívacím traktem; ▪ Selhání instrumentace ve smyslu jejího zlomení nebo uvolnění z kosti s nutností její výměny nebo úpravy; ▪ Po provedení výkonu je nutné omezení zátěže páteře břemeny i statickou zátěží, prací ve vynucených polohách, PN cca 3–4 měsíce.

<i>Vyslovení souhlasu pacienta s provedením zdravotního výkonu:</i>	<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 skoliózy ze zadního přístupu 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>
---	--

<i>Datum:</i>	
<i>Podpis pacienta /zákonného zástupce/:</i>	
<i>Podpis lékaře:</i>	

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