

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:	Prostá extrakce instrumentace páteře
Rozsah operačního výkonu:	
Účel provedení výkonu (indikace):	Účelem tohoto zdravotního výkonu je odstranění starého instrumentaria z páteře.
Popis výkonu:	Z jednoho původního řezu, nebo dvou původních řezů (platí pro původní miniinvasivní přístupy), bude dosaženo starého instrumentaria. Toto instrumentarium bude odstraněno a rány uzavřeny s možným použitím odsavných drénů na nezbytně nutnou dobu.
Možná rizika a komplikace:	<ul style="list-style-type: none"> Poškození nervových kořenů a durálního vaku probíhajícího v místě operace s možnými neurologickými následky ve smyslu pohybového postižení dolních končetin; Pooperační hematom operované lokality; Pooperační infekce rány s nutností další revizní operace se zavedením proplachové laváže; Porucha hojení rány s nutností dalšího chirurgického výkonu za účelem urychlení hojení (znovusešití rány apod.); Pooperační dlouhodobá bolestivost a zvýšená citlivost jizvy a okolních tkání; Trombembolické komplikace.
Pooperační omezení běžných či pracovních činností:	<ul style="list-style-type: none"> Šetřící režim s omezením statické zátěže páteře břemeny či jinými faktory po nutnou dobu, s možnou podporou bederním pásem či plastovým korzetem; Omezení delšího sedu; Zákaz práce ve vynucených polohách; Pracovní neschopnost dle charakteru zaměstnání (po celou dobu hojení rány až do jednoho měsíce při nekomplikovaném průběhu).

<i>Vyslovení souhlasu pacienta s provedením zdravotního výkonu:</i>	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. S provedením prosté extrakce instrumentace páteře souhlasím.
<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