

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>		

<i>Poučení pacienta o výkonu:</i>	Zavřená repozice TEP kyčelního kloubu
<i>Účel provedení výkonu /indikace /:</i>	Účelem tohoto zdravotního výkonu je navrácení vykloubené hlavičky endoprotézy do jamky endoprotézy tak, aby byl kloub opět funkční.
<i>Provedení výkonu:</i>	V epidurální či jiné anestezii bude na operačním sále zakloubena vykloubená endoprotéza kyčelního kloubu, tím bude uvedena do původního funkčního stavu. Po skončení repozice bude končetina uložena do antirotační abdukční botičky za účelem chránění končetiny před možným opětovným vykloubením.
<i>Možné komplikace /omezení/:</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nemožnost provedení zavřené repozice; ▪ Zlomenina kolem endoprotézy; ▪ Krevní výron; ▪ Hluboká žilní tromboza a plicní embolie. <p>Omezení v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti bude záviset na míře stability zakloubené endoprotézy. Končetina je zpočátku 14 dní v antirotační botičce, poté bývá obvykle chůze o FH s odlehčením operované končetiny na 30 % váhy těla po dobu 3 měsíců od zakloubení. Během hospitalizace bude zahájena rehabilitace pod vedením fyzioterapeuta.</p>
<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 zavřené repozice TEP kyčelního kloubu 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