

## INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTA S VÝKONEM

(stává se součástí dokumentace)

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

<b>Poučení pacienta o výkonu:</b>	<b>Miniinvazivní stabilizace páteře – ošetření degenerativních onemocnění páteře</b>
Rozsah operačního výkonu:	
Účel provedení výkonu (indikace):	Účelem tohoto zdravotního výkonu je uvolnění nervových struktur páteřního kanálu a stabilizace pohybového segmentu nebo segmentů kovovým a jiným instrumentariem za účelem dosažení kostního srůstu přilehlých obratlových těl.
Popis výkonu:	Zdravotní výkon bude probíhat takto (viz model páteře): Ze dvou 3-5cm dlouhých řezů po stranách páteře na zádech pomocí speciálních rozvěračů budou roztaženy svaly podél páteře a následně bude dosaženo skeletu páteře v místech, kde je nutné zavést šrouby a dekomprimovat páteřní kanál a nervové kořeny. Za pomoci RTG budou zavrtány šrouby do obratlů, vždy na obou stranách páteře, a následně s použitím operačního mikroskopu dekomprimován páteřní kanál odstraněním buď celého meziobratlového kloubu nebo jeho části, a to nejčastěji pouze na jedné straně, ale dle nálezu je toto možné provést oboustranně. Poté bude preparován nervový kořen, nebo v případě ošetření více segmentů nervové kořeny. Následně bude provedeno odstranění meziobratlové ploténky a zavedení implantátu do prostoru ploténky. Tento implantát bude naplněn kostním materiálem – nejčastěji kostní drť z tkáňové banky, ale také je možné použít umělý materiál, který potencuje tvorbu kosti, nebo vlastní štěpy pacienta. Takto budou vytvořeny podmínky pro meziobratlovou kostní fúzi. Nakonec budou vloženy do šroubů kovové tyče a dotažena instrumentace, Takto bude dosaženo stabilizace segmentu. Konečnou fází je potom uzavření operačních ran s možným použitím odsavných drénů na nezbytně nutnou dobu. Po operaci je nutné nosit podpurný bederní pás po dobu 3 měsíců.
Možná rizika a komplikace:	<ul style="list-style-type: none"> <li>Poškození nervových kořenů a durálního vaku probíhajícího v místě operace s možnými trvalými neurologickými následky ve smyslu pohybového postižení dolních končetin, nebo výpadku citu na dolních končetinách;</li> <li>Vzácně poškození velkých cév při provádění extrakce meziobratlové ploténky s rizikem velkého krvácení;</li> <li>Mechanické, infekční či jiné selhání zavedeného instrumentaria;</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pooperační hematom operované lokality;</li> <li>▪ Pooperační vytvoření jizevnatých tkání v místě nervových kořenů;</li> <li>▪ Pooperační infekce rány;</li> <li>▪ Porucha hojení rány s nutností dalšího chirurgického výkonu za účelem urychlení hojení (znovusešití rány apod.);</li> <li>▪ Pooperační dlouhodobá bolestivost a zvýšená citlivost jizvy a okolních tkání;</li> <li>▪ Trombembolické komplikace;</li> <li>▪ Výjimečně poruchy močových a sex. funkcí;</li> </ul> <p>Po provedení výkonu je nutné omezení zátěže páteře břemeny i statickou zátěží, omezení prací ve vynucených polohách, pracovní neschopnost minim. cca 3 měsíce.</p>
--	--

Vyslovení souhlasu pacienta s provedením zdravotního výkonu:	<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><b>S provedením miniin vazivní stabilizace páteře – ošetření degenerativních onemocnění páteře souhlasím.</b></p>
Datum:	
Podpis pacienta /zákonného zástupce/:	
Podpis lékaře:	

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