

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>	Revize operační rány s proplachovou drenáží
<i>Účel provedení výkonu /indikace/:</i>	Účelem tohoto zdravotního výkonu je revize operační rány nebo kloubní dutiny při poruchách hojení měkkých tkání a okolních struktur, při poruchách prokrvení a inervace v operované oblasti, při hematomu a infektu v operační ráně, při selhávání implantovaného osteosyntetického materiálu a zavedení proplachové drenáže jako prevence infektu či léčby při zjištěném infekčním agens.
<i>Provedení výkonu:</i>	V celkové, svodné či jiné regionální anestezii je provedena revize operační rány nebo kloubní dutiny, měkkých tkání, hlubokých struktur, cévního zásobení nervových struktur. Bude provedena kontrola hemostázy a eventuálně evakuace hematomu, excize nově vzniklých nekrotických hmot, odstranění nebo eventuální úprava osteosyntetického materiálu. V případě extrakce kloubních náhrad bude kloubní dutina vyplněna spacerem, nejčastěji cementovým a zavede se proplachová drenáž, která je složena z přívodného drénu s aseptickým roztokem, desinfekcí nebo roztokem antibiotika a odvodného drénu, který je později převeden na odsavnou Redonovu drenáž.
<i>Možné komplikace /omezení/:</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Delší doba hojení; ▪ Pooperační otok; ▪ Možnost tvorby hypertrofické jizvy až deformit; ▪ Při extrakci kloubních náhrad dočasná fixace kloubu a z toho vyplývající omezená mobilita; ▪ Možnost vniku hluboké žilní trombózy a embolie plicní; ▪ Změněná kvalita dotykového cití až úplná anestezie okolí rány; ▪ Zvýšená citlivost rány.

<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 revizí operační rány s proplachovou drenáží 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.

☐ Ano

☐ Ne

.....
podpis pacienta