

## 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>Operace degenerací páteře a stenoz páteřního</b>
Rozsah operačního výkonu:	
Účel provedení výkonu /indikace /:	Účelem tohoto zdravotního výkonu je uvolnění nervových struktur a stabilizace páteře.
Provedení výkonu:	Operační výkon probíhá v celkové anestezii, v poloze pacienta na břiše. Zadní přístup k páteři, uvolnění páteřního kanálu odstraněním oblouků obratlových těl s eventuální náhradou meziobratlových plotének, zpevnění operované oblasti kovovým instrumentariem a obložení kostními štěpy (viz instruktáž na modelu páteře). Můžou být použity kostní štěpy z kostní banky.
Možná rizika a komplikace /omezení/:	<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 citlivosti na dolních končetinách;</li> <li>▪ Poškození velkých cév při provádění extrakce meziobratlové ploténky s rizikem velkého krvácení;</li> <li>▪ Mechanické, infekční či jiné selhání zavedeného instrumentaria;</li> <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>▪ Vyjimečně poruchy močových a sex.funkcí;</li> <li>▪ Po provedení výkonu je nutné omezení zátěže páteře břemeny i statickou zátěží, omezení prací ve vynucených polohách, PN cca 4 měsíce.</li> </ul>

<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><b>S provedením operace degenerací páteře a stenóz páteřního kanálu souhlasím.</b></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.

.....  
podpis pacienta