

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:	Krční fúze - náhrada meziobratlové ploténky krční páteře pevným implantátem
Rozsah operačního výkonu:	
Účel provedení výkonu /indikace /:	Účelem tohoto zdravotního výkonu je náhrada poškozené ploténky pevným implantátem bez zachování pohybu v operovaném segmentu krční páteře, uvolnění nervových struktur.
Provedení výkonu:	Kožní řez na přední straně krku v délce 4-6 cm, odstranění poškozené ploténky a uvolnění nervových struktur: náhrada meziobratlové ploténky pevným implantátem, event. titanovou dlahou a šrouby.
Možné komplikace /omezení/:	Poškození jícnu, hlasivek, nervových a cévních struktur, infekce v operační ráně, selhání implantátu. Krátkodobé pooperační bolesti při polykání. Po provedení výkonu je nutné omezení zátěže páteře břemeny i statickou zátěží, omezení práce ve vynucených polohách. Pooperačně cca 4-6 týdnů imobilizace krčním límcem.

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>S provedením krční fúze 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