

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:	Revizní operace páteře
Rozsah operačního výkonu:	
Účel provedení výkonu (indikace):	Účelem tohoto zdravotního výkonu revize již implantovaného instrumentária, uvolnění nervových struktur. Odstranění nově vytvořených jizev.
Popis výkonu:	Z původního řezu, nebo dvou původních řezů (platí pro předchozí miniinvasivní přístupy), bude dosaženo starého instrumentaria. Toto instrumentarium bude event. odstraněno a nahrazeno novým pevněji ukotveným v kosti (nejčastěji širším či větším). Takto budou vytvořeny podmínky pro novou nebo kvalitnější meziobratlovou kostní fúzi. Součástí výkonu může být i nové uvolnění nervových struktur. Konečnou fází je potom uzavření operačních ran s možným použitím odsavných drénů na nezbytně nutnou dobu. Po operaci bude, dle stability páteře, nutné nosit podpurný bederní pás nebo plastový korzet po dobu minimálně 3 měsíců.
Možná rizika a komplikace:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Povrchová, event. hluboká infekce operační rány; ▪ Porucha hojení rány s nutností dalšího chirurgického výkonu za účelem urychlení hojení (znovusešití rány apod.); ▪ Poškození nervového kořene a durálního vaku probíhajícího v okolí operačního přístupu s následným zhoršením neurologického nálezu (bolestivost v dolní končetině, event. porušení částečné hybnosti dolní končetiny); ▪ Pooperační dlouhodobá bolestivost a zvýšená citlivost jizvy a okolí; ▪ Hluboká žilní tromboza a plicní embolie; ▪ Pooperační hematoma operované lokality; ▪ Hojení rány nadměrnou jizvou (keloid); ▪ Mechanické či jiné selhání zavedeného instrumentaria.
Pooperační omezení běžných či pracovních činností:	<ul style="list-style-type: none"> • Šetřící režim s omezením statické zátěže páteře břemeny či jinými faktory po dobu minimálně 3 měsíců s podporou bederním pásem či plastovým korzetem. • Omezení delšího sedu. • Zákaz práce ve vynucených polohách. • Pracovní neschopnost dle charakteru zaměstnání od 1 do 12 měsíců.

<i>Vyslovení souhlasu pacienta s provedením zdravotního výkonu:</i>	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. S provedením revizní operace páteře souhlasím.
<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