

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:	Vertebroplastika, kyfoplastika kostním cementem
Rozsah operačního výkonu:	
Účel provedení výkonu /indikace/:	Jde o minimálně invazivní cílené intervenční výkony, jejichž účelem je zmírnit bolestivé stavy páteře a zajistit osteoporosou, úrazem, hemangiomem či nádorem deformované bolestivé obratlové tělo proti další kompresi. Tím dosáhneme zajištění výšky obratle, tedy i statiky páteře jako celku, zastavení další progresse stlačení těla obratle či růstu nádoru. Jedná se o bezpečnou a efektivní léčebnou metodu, která má u vhodně zvolených pacientů příznivé a trvalé výsledky léčby.
Provedení výkonu:	Výkon se provádí v celkové anestezii. Pacient leží na břiše, provede se bodový kožní řez, a poté pod RTG kontrolou se zavede sonda do postiženého obratlového těla a pod stálou kontrolou RTG se aplikuje do těla obratle kostní cement. Výkon je ukončen odstraněním sondy a zašitím kůže.
Možné komplikace /omezení/:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Výskyt komplikací je při těchto výkonech obecně nízký (do 5 %); ▪ Infekce, možný vznik zánětu obratlového těla a meziobratlové ploténky; ▪ Únik kostního cementu s možným útlakem míchy a nervových kořenů s možným následným ochrnutím hybnosti dolních končetin, případně jejich ochrnutí. Při této komplikaci je nutný otevřený výkon s uvolněním nervových kořenů a páteřního kanálu s odstraněním uniklého cementu.
	<p>Alergie na jodovou kontrastní látku v anamnéze, jodové přípravky, kostní cement nebo jiné</p> <p><input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO(látky)</p>

<i>Vyslovení souhlasu pacienta s provedením zdravotního výkonu:</i>	<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 vertebroplastiky, kyfoplastiky kostním cementem 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