

## 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>Artroskopie ramene</b>
Účel provedení výkonu /indikace /:	Účelem tohoto zdravotního výkonu je zavedení optiky do ramenního kloubu za účelem zjištění poškození nitrokloubních struktur a jejich následné ošetření pomocí speciálních nástrojů k tomuto výkonu určených.
Provedení výkonu:	V celkové anestezii nebo kombinované anestezii, tj. celková anestezie a periferní blok, budou provedeny krátké řezy kůže kolem ramenního kloubu (v počtu 3–6) bude zavedena optika, rameno bude prohlédnuto a podle nálezu bude proveden operační výkon. Po skončení operace budou vstupy uzavřeny stehy a bude zaveden redonův drén k odsávání možné krvavé tekutiny, která se může tvořit v závislosti na typu výkonu. Operace bude ukončena přiložením sterilního krytí.
Možné komplikace /omezení/:	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Porucha hojení rány;</li> <li>▪ Pooperační infekce rány;</li> <li>▪ Pooperační infekce kloubu;</li> <li>▪ Hluboká žilní tromboza a plicní embolie;</li> <li>▪ Pooperační krevní výron v ramenním kloubu;</li> <li>▪ Reflexní sympatická dystrofie;</li> <li>▪ Poranění nervových a cévních struktur;</li> <li>▪ Hojení rány nadměrnou jizvou (keloid);</li> <li>▪ Výpotek v dutině hrudní.</li> </ul> <p>Omezení v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti bude záviset na typu výkonu a na eventuálním výskytu pooper. komplikací.</p>

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><b>S provedením artroskopie ramene 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>
Datum:	
Podpis pacienta /zákonného zástupce/:	

<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