

INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTA S VÝKONEM

(stává se součástí dokumentace)

<i>Jméno, příjmení pacienta:</i>		<i>Datum narození:</i>
<i>Lékař zodpovědný za poučení pacienta:</i>		
<i>Pracoviště /oddělení:</i>		

Poučení pacienta o výkonu:	Déza kloubu
<i>Účel provedení výkonu /indikace /:</i>	Účelem tohoto zdravotního výkonu je úplné znehybnění postiženého kloubu. Výsledkem výkonu je prakticky zánik kloubu v důsledku srůstu kostí, které kloub tvořily.
<i>Provedení výkonu:</i>	<p>V epidurální či jiné anestezii bude proveden řez nad daným kloubem a přes podkoží a fascii bude proniknuto k postiženému kloubu. Kosti, které vytvářejí daný kloub, budou opracovány a pomocí osteosyntetického materiálu následně zafixovány v příznivé poloze. Takto zafixované kosti později srostou. Může se použít i kostní štěp z kostní banky, který slouží ke krytí defektů v kostní tkáni a dále jako biologický materiál k lepšímu hojení.</p> <p>Po skončení operace bude provedena rekonstrukce uvolněných svalů a zaveden redonův drén k odsávání krvavé tekutiny, která se tvoří po tak rozsáhlém operačním výkonu. Operace bude ukončena zašitím jednotlivých vrstev operační rány a přiložením sterilního krytí a elastického obvazu. Podle typu dézy může být operovaná končetina zafixována v sádrovém obvaze nebo ortéze.</p>
<i>Možné komplikace /omezení/:</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Porucha hojení rány; ▪ Pooperační infekce rány; ▪ Pooperační infekce dézy; ▪ Hluboká žilní tromboza a plicní embolie; ▪ Poranění nervových struktur; ▪ Hojení rány nadměrnou jizvou (keloid); ▪ Nezhojení kosti, vznik pakloubu, s nutností další operace. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Omezení v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti bude záviset na typu výkonu a na eventuálním výskytu pooperačních komplikací. ▪ Obvykle chůze o FH s odlehčením operované končetiny na 30 % váhy těla po dobu 3 měsíců od operace. ▪ Během hospitalizace bude zahájena rehabilitace pod vedením fyzioterapeuta. ▪ Ostranění stehů z rány 12. pooperační den.

<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 dýzy kloubu 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