

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:	Operace na horní končetině
Název operace, účel provedení výkonu /indikace/:	Účelem tohoto zdravotního výkonu je:
Popis výkonu:	V celkové nebo svodné anestezii bude:
Možné komplikace /omezení/:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Porucha hojení rány; ▪ Pooperační infekce rány; ▪ Pooperační infekce kloubu a kosti; ▪ Hluboká žilní tromboza a plicní embolie. ▪ Pooperační krvení výron v okolí operační rány nebo v operovaném kloubu; ▪ Kožní afekce až poškození kožního krytu po turniketu (tlaková manžeta) v případě, kdy bude použit turniket; ▪ Poranění nervových a cévních struktur na horní končetině; ▪ Omezení v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti bude záviset na typu výkonu a na eventuálním výskytu pooper. komplikací; ▪ Možnost aplikace sádrové fixace nebo ortopedické pomůcky (ortézy), dle typu operace a doporučení operátora; ▪ Omezení hybnosti některého z kloubu na horní končetině v závislosti na typu operačního výkonu; ▪ Během hospitalizace zahájení rehabilitace pod vedením fyzioterapeuta, dále bude pokračováno v ambulantní rehabilitaci, případně lázeňské léčbě; ▪ Odstranění stehů z rány 12. den.

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 operace na horní končetině 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>
Datum:	
Podpis pacienta /zákonného zástupce/:	
Podpis lékaře:	

Souhlasím, aby během poskytování zdravotní péče byli přítomni i zdravotničtí pracovníci, kteří nejsou na poskytování zdravotních služeb přímo zúčastněni a taktéž odborní pracovníci výrobce a distributorů prostředků zdravotnické techniky.

.....
podpis pacienta