

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 lupavého prstu
Účel provedení výkonu /indikace /:	Účelem tohoto zdravotního výkonu je uvolnění zduřelé šlachy ohybače prstu v místě jejího průchodu šlachovým poutkem ve dlaní.
Provedení výkonu:	<p>V lokální anestézii:</p> <ul style="list-style-type: none"> - bude provedeno protěti šlachového poutka postiženého prstu zavřeně jehlou vpichem přes kůži, <p>nebo</p> <ul style="list-style-type: none"> - bude proveden řez 1–2 cm dlouhý nad místem zduření šlachy ohýbače postiženého prstu, dále bude následovat protěti podkoží a šlachového poutka s jeho částečným odstraněním. Takto bude uvolněna zduřelá šlacha v nejnutnějším rozsahu a konečně rána uzavřena několika stehy.
Možné komplikace /omezení/:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Poškození povrchových cév dlaně s nutností stavění krvácení, tvorbou pooperačního podkožního hematomu a zvýšeným otokem operované oblasti, ▪ Poškození uvolňované šlachy s nutností jejího sešití a následně s dočasnou či trvalou poruchou hybnosti prstu (vzácně), ▪ Porucha hojení rány, ▪ Pooperační infekce rány, ▪ Pooperační dlouhodobá bolestivost a zvýšená citlivost jizvy. <p>Po provedení uvedeného zdravotního výkonu doporučeno:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Klidový režim 14 dní do odstranění stehů, ▪ Následně ambulantní rehabilitace, ▪ Možnost plné zátěže a návrat plné hybnosti op. prstu za 3–4 týdny od operace.

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 lupavého prstu 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:	