

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>		

<i>Poučení pacienta o výkonu:</i>	Odstranění výhřezu meziobratlové ploténky bederní páteře
<i>Rozsah operačního výkonu:</i>	
<i>Účel provedení výkonu /indikace /:</i>	<p>Účelem tohoto zdravotního výkonu je odstranění části meziobratlové ploténky, která vyhržela do páteřního kanálu a utlačuje nervové struktury, které jsou zde uloženy. Tím dojde k uvolnění nervových kořenů a ústupu klinických obtíží.</p> <p>Jako prevence opakování výhřezu je možné mezi trnové výběžky sousedních obratlů daného segmentu vložit tzv. interspinosní implantát - tím dojde k částečné stabilizaci postiženého segmentu.</p>
<i>Provedení výkonu:</i>	<p>Výkon se provádí v celkové anestezii, pacient je v poloze na břiše. Kožní řez se provede nad trnovými výběžky v dané části páteře, odtáhnou se paravertebrální svaly, a pod operačním mikroskopem vypreparujeme meziobratlovou ploténku a za chránění nervových struktur odstraníme její výhřez a uvolníme nervový kořen.</p>
<i>Možné komplikace /omezení/:</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Povrchová , event. hluboká infekce operační rány; ▪ Poškození nervového kořene a durálního vaku probíhajícího v okolí odstraňované ploténky s následným zhoršením neurologického nálezu (bolestivost v dolní končetině, event. porušení částečné hybnosti dolní končetiny); ▪ Pooperační dlouhodobá bolestivost a zvýšená citlivost jizvy a okolí; ▪ Hluboká žilní tromboza a plicní embolie; ▪ Pooperační hematoma operované lokality; ▪ Hojení rány nadměrnou jizvou (keloid); ▪ Možná recidiva hernie disku. <p>V pooperačním období je nutný šetrný režim s omezením statické zátěže páteře břemeny či jinými faktory po dobu minimálně dvou měsíců, s podporou bederním pásem nebo jinou trupovou ortézou. Dále omezení sedu po dobu 6 týdnů, vhodný pouze stoj či poloha na zádech na lůžku. Zákaz práce ve vynucených polohách. Pracovní neschopnost bude trvat cca 3-4 měsíce.</p>

<p><i>Vyslovení souhlasu pacienta s provedením zdravotního výkonu:</i></p>	<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 odstraněním výhřezu meziobratlové ploténky bederní páteře 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>
<p><i>Datum:</i></p>	
<p><i>Podpis pacienta /zákonného zástupce/:</i></p>	
<p><i>Podpis lékaře:</i></p>	

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