

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:	Krční disk - náhrada meziobratlové ploténky krční páteře umělým diskem
Rozsah operačního výkonu:	
Účel provedení výkonu /indikace /:	Účelem tohoto zdravotního výkonu je náhrada poškozené ploténky umělou se zachováním pohyblivosti krční páteře, uvolnění nervových struktur.
Provedení výkonu:	Kožní řez na přední straně krku v délce 4–6 cm, odstranění poškozené ploténky a uvolnění nervových struktur: náhrada meziobratlové ploténky mobilním implantátem, který zachovává pohyb v operovaném segmentu.
Možné komplikace /omezení/:	Poškození jícnu, hlasivek, nervových a cévních struktur, infekce v operační ráně, selhání implantátu. Krátkodobé pooperační bolesti při polykání. Po provedení výkonu je nutné omezení zátěže páteře břemeny i statickou zátěží, omezení práce ve vynucených polohách. Pooperačně krátkodobá imobilizace krčním límcem.

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 krčního disku 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 výrobců a distributorů prostředků zdravotnické techniky.

.....
podpis pacienta