

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>	Prostá revize TEP kyčelního kloubu
<i>Účel provedení výkonu /indikace /:</i>	Účelem tohoto zdravotního výkonu je zrevidovat všechny implantované komponenty endoprotézy a měkké tkáně kyčelního kloubu.
<i>Provedení výkonu:</i>	<p>V epidurální či jiné anestezii bude proveden řez v oblasti kyčelního kloubu a postupně bude proniknuto přes podkoží a fascii a po odpreparování svalů k endoprotéze. Poté budou zrevidovány měkké tkáně kyčelního kloubu, jakož i obě komponenty endoprotézy za účelem zjištění nedostatečnosti (uvolnění, špatné postavení, opotřebení a podobně).</p> <p>Po skončení operace bude provedena rekonstrukce uvolněných svalů a zaveden redonův drén k odsávání možné krvavé tekutiny, dle nálezu může být do kloubu zavedena proplachová drenáž. Operace bude ukončena zašitím jednotlivých vrstev operační rány a přiložením sterilního krytí a elastického obvazu.</p>
<i>Možné komplikace /omezení/:</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Porucha hojení rány; ▪ Pooperační infekce rány; ▪ Pooperační infekce kloubu; ▪ Hluboká žilní tromboza a plicní embolie; ▪ Výpotek v kyčelním kloubu; ▪ Poranění nervových a cévních struktur; ▪ Hojení rány nadměrnou jizvou (keloid); ▪ Peroperační zlomenina stehenní kosti; ▪ Možnost prodloužení nebo zkrácení operované končetiny; ▪ Časné pooperační vykloubení kyčelního kloubu (následně prodloužení hospitalizace); ▪ V případě špatných anatomických poměrů a špatné kvality kosti, možnost provedení pouze odstranění původní kyčelní náhrady; ▪ V případě nutnosti bude použit kostní štěp z kostní banky; ▪ 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;

– PROSTÁ REVIZE TEP KYČELNÍHO KLOUBU

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Během hospitalizace bude zahájena rehabilitace pod vedením fyzioterapeuta; ▪ Ostranění stehů z rány 12. pooperační den.
--	--

<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 provedením prosté revize TEP kyčelního 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