

## INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTA S VÝKONEM

(stává se součástí dokumentace)

Jméno, příjmení pacienta:		Datum narození:
Lékař zodpovědný za poučení pacienta:		
Pracoviště /oddělení:		

<b>Poučení pacienta o výkonu:</b>	<b>Operace na dolní končetině</b>
Název operace, účel provedení výkonu /indikace/:	Účelem tohoto zdravotního výkonu je:
Popis výkonu:	V epidurální či jiné anestezii bude:
Možné komplikace /omezení/:	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Porucha hojení rány;</li> <li>▪ Pooperační infekce rány;</li> <li>▪ Pooperační infekce kloubu a kosti;</li> <li>▪ Hluboká žilní tromboza a plicní embolie;</li> <li>▪ Pooperační krvácení v okolí operační rány nebo v operovaném kloubu;</li> <li>▪ Kožní afekce až poškození kožního krytu po turniketu (tlaková manžeta) v případě, kdy bude použit turniket;</li> <li>▪ Poranění nervových a cévních struktur na dolní končetině;</li> <li>▪ Omezení v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti bude záviset na typu výkonu a na eventuálním výskytu pooperačních komplikací;</li> <li>▪ Možnost aplikace sádrové fixace nebo ortopedické pomůcky (ortézy) dle typu operace a doporučení operátora;</li> <li>▪ Chůze o FH s odlehčením operované končetiny na nezbytnou dobu dle typu operačního výkonu;</li> <li>▪ Možná změna délky operované končetiny a omezení hybnosti některého z kloubů na dolní končetině v závislosti na typu operačního výkonu;</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Během hospitalizace zahájení rehabilitace pod vedením fyzioterapeuta, dále bude pokračováno v ambulantní rehabilitaci, případně lázeňské léčbě;</li> <li>▪ Odstranění stehů z rány 12. den.</li> </ul>
--	---

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><b>S provedením operace na dolní končetině souhlasím.</b></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