

INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTA

s poskytnutím zdravotních služeb a provedením zdravotních výkonů

Pacient:

identifikační štítek
pacienta

Druh výkonu: Artroskopie kolenního kloubu, rekonstrukční artroskopie a plastika předního zkříženého vazů

Informace pro pacienta:

Vážená pacientko, paciente,

bylo Vám navrženo provedení výše uvedeného zdravotního výkonu. Před vlastním výkonem s Vámi lékař/ka hovořil/a o účelu a možnostech provedení zákroku a seznámil/a Vás s možnými riziky a komplikacemi plánovaného výkonu, abyste se mohl/a rozhodnout a dát k provedení výkonu svůj souhlas.

Účel, povaha, předpokládaný přínos zdravotního výkonu nebo služby:

Jedná se o miniinvazivní zákrok. Do kloubu zavádíme speciální artroskopickou kameru z malé, asi 1 cm velké incize vpředu na koleni. Z další incize pak zavádíme operační nástroje, kterými jsme schopni ošetřit poškozené menisky, chrupavku či vazy v koleni. V indikovaných případech jsme schopni sešít meniskus za pomoci speciálních stehů. Dále pak jsme schopni rekonstruovat přední zkřížený vaz náhradou za štěp vlastní (autologní) z vazů pod čéškou (tzv. BTB štěp z ligamentum patellae) nebo tzv. ST-g štěp ze šlach ze zadní strany stehna. Dále touto metodou řešíme opakované luxace čéšky s použitím speciálních stehů po stranách čéšky. Výše uvedené zákroky se provádějí ve většině případů ve spinálním bloku, kdy pacient zůstává při vědomí. Méně často v celkové anestezii.

Předpokládané důsledky a následky zdravotního výkonu nebo služby:

Po zákroku má pacient omezení vyplývající jak z povahy zákroku, tak ze zvoleného typu anestezie. Do odeznění anestezie pobývá pacient v klidu na lůžku, probíhá u něj léčba pooperační bolesti, prevence tromboembolismu. Je mu poskytována ošetrovatelská péče. Zahajuje rehabilitaci, učí se chůzi o berlích či obsluhu ortopedických pomůcek (ortéz). Při propuštění je operátorem nebo lékařem na oddělení poučen o výsledku operace a o domácím pooperačním režimu.

Možná rizika spojená se zdravotním výkonem nebo službou:

Komplikace po artroskopických operacích jsou relativně vzácné. Mohou být jednak místní: krvácení do kloubu či z incizí, infekce, dehiscence rány, zalomení části operačního nástroje, iatrogenní poškození postranních vazů. Mezi celkové či vzdálené komplikace můžeme zahrnout bolesti hlavy, nauzeu a zvracení, postpunkční syndrom, trombózy, embolie, infarkt, cévní mozkovou příhodu,

dekompenzaci cukrovky, retenci moče s nutností zavedení močového katetru a vzdálené infekce (močová infekce, pneumonie a jiné)

Informace, zda existuje jiná alternativa či více alternativ, kromě navržené zdravotní služby či výkonu, jaký je jejich možný přínos, důsledky a rizika a poučení o možnosti volby:

Alternativou operační artroskopické operace je konzervativní postup a zvážení tohoto postupu je individuální a vychází také z věku a přidružených chorob pacienta.

Informace o možném omezení v obvyklém způsobu života, v pracovní schopnosti, zdravotní způsobilosti, po poskytnutí zdravotní služby nebo provedení zdravotního výkonu:

Po výkonu je pacient v pooperačním režimu do odeznění anestezie v klidu na lůžku, má analgezií, prevenci tromboembolismu. 1. pooperační den se pacient vertikalizuje, je zacvičen v chůzi o francouzských či podpažních berlích, začíná rehabilitace. Pooperační režim si určuje operatér ve spolupráci s fyzioterapeutem.

Informace o léčebném režimu, preventivních opatřeních, která jsou vhodná, případně o potřebě poskytnutí dalších zdravotních služeb poskytne pacientovi operatér či lékař oddělení hned po výkonu či před propuštěním.

Prohlašuji,

- že jsem byl poučen o svém právu klást otázky a svobodně se rozhodnout, zda s navrženou zdravotní službou či zdravotním výkonem souhlasím či nikoli,

- že jsem lékařům nezamlčel/a žádné mně známé informace o mém zdravotním stavu, které by mohly nepříznivě ovlivnit moji léčbu nebo ohrozit mé okolí, zejména rozšířením přenosné choroby,

- že jsem byl/a informován/a, že svůj souhlas s poskytnutím zdravotních služeb mohu odvolat. Byl/a jsem rovněž poučen/a, že odvolání není účinné, pokud již bylo započato provádění výkonu, jehož přerušení může způsobit vážné poškození mého zdraví nebo ohrožení mého života,

- že podaným informacím rozumím, nemám žádné další otázky, ani nejasnosti, a **vyslovuji svůj svobodný informovaný souhlas** s uvedenými zdravotními službami a výkony.

- Současně vyslovuji souhlas s tím, aby byly provedeny i další zde neuvedené zákroky, výkony a poskytnuty další zdravotní služby, bude-li to potřebné pro ochranu mého života a zdraví a nebude-li možné vyžádat si další dodatečný informovaný souhlas. Beru na vědomí, že provedením zákroku, byť na náležité odborné úrovni, nemusí být dosaženo předpokládaného výsledku.

Podpis pacienta (zákonného zástupce):.....

Poznámky lékaře k rozhovoru s pacientem:.....

Jmenovka a podpis lékaře:.....Datum:.....