

INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTA

s poskytnutím zdravotních služeb a provedením zdravotních výkonů

Pacient:

identifikační štítek
pacienta

Druh výkonu: Konzervativní léčení úrazu

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:

Důvodem vaší hospitalizace je úraz, který jste utrpěl a který si, dočasně, vyžaduje režimová opatření a imobilizaci na lůžku. Budete hospitalizován na lůžku ortopedické oddělení, kde proběhnou potřebná vyšetření a budou dle vašeho zdravotního stavu podávány potřebné léky a poskytována další péče.

Předpokládané důsledky a následky zdravotního výkonu nebo služby:

V důsledku úrazu budete hospitalizován, pomocí medikamentů bude tlumena případná bolest. V indikovaných případech budete dostávat léky ovlivňující srážlivost krve v rámci prevence tromboembolické nemoci. Součástí léčebného režimu může být léčebná trakce za zraněnou končetinu, používání sádrové fixace, speciálních ortéz, trupových korzetů nebo fixačních límců. Po odeznění akutních potíží bude zahájena vertikalizace. Rehabilitace na lůžku probíhá od prvního dne a spočívá v dechových cvičeních, cvičení končetinami k prevenci trombozy apod.

Možná rizika spojená se zdravotním výkonem nebo službou :

Nesouvisející s vlastním úrazem - Ilustrativní neúplný výčet možných komplikací

Flebotrombóza a plicní embolie

Zápal plic, pneumonie

Proleženiny

Psychická alterace

Porucha střevní pasáže, porucha s vyprazdňováním , poruchy močení

Související s úrazem - Ilustrativní výčet

Porucha inervace při poranění páteře nebo pánve

Krvácení způsobené úrazem

Poškození nervových nebo cévních struktur kostními fragmenty

Syndrom lože, kompartment syndrom – vzniká útlakem měkkých tkání v uzavřeném anatomickém prostoru s následným rizikem odumření měkkých tkání s hrozící ztrátou funkce končetiny či ztrátou končetiny

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 je operační řešení stavu, které však ve Vašem případě nepřináší potřebný předpokládaný benefit, který by vyvážil rizika spojená s operačním výkonem

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

Hospitalizace a imobilizace na lůžku je spojená s diskomfortem při osobní hygieně, jídle a omezením možnosti pohybu.

Informace o léčebném režimu, preventivních opatřeních, která jsou vhodná, případně o potřebě poskytnutí dalších zdravotních služeb:

Potřebné podrobnosti o návazné péči vám poskytne denně ošetřující lékař a následně propouštějící lékař v den propuštění. Na hospitalizaci může v indikovaných případech navazovat pobyt na rehabilitaci, oddělení následné péče nebo v lázních. Vše dle uvážení a doporučení ošetřujícího lékaře.

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:.....