

## INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTA

s poskytnutím zdravotních služeb a provedením zdravotních výkonů

Pacient:

identifikační štítek  
pacienta

### Druh výkonu: Implantace kostního štěpu od dárce

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:

Součástí operace, která je u Vás naplánovaná, je náhrada a vyplnění kostních defektů v operované oblasti. Ve vašem případě byla indikováno použití kostních štěpů od dárce. Stejně jako u jiných transplantací jsou dárce podrobně vyšetřeni na možný přenos infekčních onemocnění a odebrané štěpy jsou pak sterilizovány a uchovány ve zmrazeném stavu. Kostní štěpy odebíráme z Tkáňové banky v Brně.

#### Předpokládané důsledky a následky zdravotního výkonu nebo služby:

Kostní štěpy se používají u řady ortopedických operací, k výplni kostních cyst, při ošetření nehojících se zlomenin a paklobů, při revizních operacích endoprotéz. V indikovaných případech přispívají lepšímu výsledku operace, mohou urychlovat hojení, nezpůsobují žádné alergické reakce a nikdy nebyla prokázána reakce štěpu proti hostiteli. Na rozdíl od jiných transplantací zde není nutná skupinová ani HLA shoda dárce a příjemce.

#### Možná rizika spojená se zdravotním výkonem nebo službou:

Existuje riziko přenosu infekční nemoci od dárce na příjemce nebo riziko přenosu infekce při bakteriální kontaminaci štěpu. Pravděpodobnost rizika je nízká, dárce jsou vyšetřeni, štěpy jsou ošetřeny sterilizací a následně sterilně baleny a uchovány ve zmrazeném stavu.

#### 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:

Existují umělé kostní náhrady, nebo lze vyplnit dutiny kostním cementem, ale užití kostních štěpů není zatím plně nahraditelné jinými materiály.

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

S použitím kostních štěpů neplynou specifická omezení pro pacienta. Je nezbytné dodržovat léčebný režim a postup určený ošetřujícím lékařem a operátorem v návaznosti na typ a průběh operace.

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

Z aplikace kostních štěpů neplynou specifické požadavky pro pacienta.

**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 přerušování 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 náležitě odborné úrovni, nemusí být dosaženo předpokládaného výsledku.

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

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

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