

**Informovaný souhlas pacienta (zákonného zástupce pacienta)
s operací náhrada krční meziobratlové ploténky implantátem předním přístupem**

Pacient – jméno a příjmení:	Rodné číslo (číslo pojištěnce):
Datum narození: (není-li rodné číslo)	Kód zdravotní pojišťovny:
Adresa trvalého pobytu pacienta: (případně jiná adresa)	
Jméno zákonného zástupce (opatrovníka):	Rodné číslo:

Název výkonu

Náhrada krční meziobratlové ploténky implantátem předním přístupem

Účel výkonu

Účelem tohoto operačního výkonu je zmírnit bolesti či mravenčení v končetinách, zmírnit bolesti krční páteře, zlepšit hybnost krční páteře a uvolnit útlak míchy a míšních kořenů.

Povaha výkonu

Na základě provedených vyšetření jsme u Vás zjistili zúžení či jiné poškození přilehlých tkání (vazu, meziobratlové ploténky) v krční části páteře vznikající nejčastěji jako důsledek degenerativních změn nebo vlivem úrazu. Toto zúžení působí útlak míchy, které se může projevit bolestí, mravenčením, oslabením nebo poruchou citlivosti jedné nebo více končetin. Rovněž může být přítomna porucha chůze či potíže s vyprazdňováním.

Operační výkon se provádí plánovaně v celkové anestezii. V případě úrazu se jedná o akutní operační výkon v celkové anestezii.

Cílem operačního výkonu je odstranění meziobratlové ploténky působící útlak a její náhrada titanovým implantátem za použití operačního mikroskopu. Po provedeném výkonu je operační rána uzavřena stehy v příslušných vrstvách.

Předpokládaný prospěch výkonu

Cílem operačního výkonu je odeznění nebo alespoň zmírnění současných bolestí a brnění horních končetin. V neposlední řadě je cílem zlepšení hybnosti končetin/y. V případě diagnostikované myelopatie (chronického útlaku a postižení míchy) je především cílem zastavit postupnou progresi onemocnění.

Alternativa výkonu

Alternativou k operačnímu výkonu je konzervativní postup. Ten se skládá z několika možností, mezi které řadíme tišení bolestí pomocí léků (analgetik), odborně vedená rehabilitace a pravidelné cvičení.

V případě úrazu krční páteře může být operovaný úsek navíc zpevněn dlahou a šroubky zavedenými do sousedících obratlových těl.

Možná rizika zvoleného výkonu

- krvácení – při velkém krvácení většinou následuje operační revize za účelem odstranění krevních sraženin v operační ráně,
- nezamýšlená durotomie – otevření obalu míchy a nervových kořenů s následným průsakem mozkomíšního moku vyžadující operační revizi (velmi vzácná komplikace),
- poškození nervového kořene se zhoršením hybnosti nebo citlivosti dolní končetiny (velmi vzácná komplikace pod 1 %),
- infekční komplikace spojené s hojením rány,
- bolestivé polykání zapříčiněné přechodným otokem v operačním koridoru – časté, odeznívá během několika hodin až dnů,
- podráždění či poškození nervu laryngeus recurrens inervujícího hlasivky s následným chrapotem či jinou poruchou tvorby hlasu, odeznívá většinou během několika hodin až dnů.

Následky výkonu

Následkem každého operačního výkonu je jizva. V časném pooperačním období je potřeba ke správnému zhojení nosit krční límec.

Vážená paní, vážený pane,
Váš příjímavý nebo ošetřující lékař Vám velmi ochotně zodpoví případné dotazy či nejasnosti ohledně Vaší hospitalizace, operačního výkonu i pooperačního období. Proto nás v případě dotazu neváhejte kontaktovat.

Souhlas:**pozn. Vaši odpověď zakroužkujte:**

Byl(a) jsem srozumitelně informován(a) o alternativách výkonu prováděných ve Fakultní nemocnici Olomouc, ze kterých mám možnost volit.	ANO	NE
Byl(a) jsem informován(a) o možném omezení v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti po provedení příslušného zdravotního výkonu, v případě možné nebo očekávané změny zdravotního stavu též o změnách zdravotní způsobilosti.	ANO	NE
Byl(a) jsem informován(a) o léčebném režimu a preventivních opatřeních, která jsou vhodná, o provedení kontrolních zdravotních výkonů.	ANO	NE
Byl(a) jsem informován(a) o zdravotnickém prostředku, který mi bude/případně může být implantován, včetně jeho příslušenství, spolu s pokyny týkajícími se mé bezpečnosti a mého chování, včetně toho, kdy mám vyhledat lékaře a kterým vlivům prostředí bych se neměl(a) vystavovat vůbec nebo jen při dodržování vhodných preventivních opatření.	ANO	NE
Všem těmto vysvětlením a informacím, které mi byly lékařem sděleny a vysvětleny, jsem porozuměl(a), měl(a) jsem možnost klást doplňující otázky, které mi byly lékařem zodpovězeny.	ANO	NE

Po výše uvedeném seznámení prohlašuji:

- že souhlasím s navrhovanou péčí a s provedením výkonu a v případě výskytu neočekávaných komplikací, vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků nutných k záchraně života nebo zdraví.	ANO	NE
- že jsem lékařům nezamlčel(a) žádné mně známé údaje o mém zdravotním stavu, jež by mohly nepříznivě ovlivnit moji léčbu či ohrozit mé okolí, zejména rozšířením přenosné choroby.	ANO	NE
- že v případě nutnosti dávám souhlas k odběru biologického materiálu (krev, moč...) na potřebná vyšetření k vyloučení zejména přenosné choroby.	ANO	NE

Datum	Hodina	Podpis pacienta nebo zákonného zástupce (opatrovníka)

Jméno a příjmení lékaře, který podal informaci	Podpis lékaře, který podal informaci

Pokud se pacient nemůže podepsat, uveďte důvody, pro které se pacient nemohl podepsat:

Jak pacient projevil svou vůli:			
Jméno a příjmení zdravotnického pracovníka/svědka	Podpis zdravotnického pracovníka/svědka	Datum	Hodina