

**Informovaný souhlas pacienta (zákonného zástupce pacienta)
s operací výhřezu meziobratlové ploténky bederní páteře**

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

Název výkonu

Operace výhřezu meziobratlové ploténky bederní páteře

Účel výkonu

Účelem operačního výkonu je zmírnit bolesti a brnění dolní končetiny, zlepšit její hybnost, zmírnit bolesti bederní páteře. V neposlední řadě je cílem zlepšení chůze, pokud je pro bolesti nebo svalovou slabost limitována.

Povaha výkonu

Na základě provedených vyšetření jsme u Vás zjistili výhřez meziobratlové ploténky v bederní části páteře. Důvodem je zejména degenerativní proces, při kterém meziobratlová ploténka ztrácí svou elastickou vlastnost. Výhřezlá meziobratlová ploténka do páteřního kanálu působí útlak nervového kořene. Útlak se může projevit bolestí, oslabením a poruchou citlivosti jedné dolní končetiny. Při útlaku více kořenů současně pak oslabením, bolestí, poruchou citlivosti obou dolních končetin či kolem genitálu a konečníku s poruchou vyprazdňování moče či stolice (syndrom kaudy).

Operační výkon se provádí plánovaně v celkové anestezii. V případě syndromu kaudy se jedná o výkon akutní, rovněž v celkové anestezii.

Cílem operačního výkonu je odstranění výhřezu, potažmo útlaku nervového kořene za použití operačního mikroskopu. Po provedeném výkonu je malá operační rána uzavřena stehy v příslušných vrstvách.

Předpokládaný prospěch výkonu

Cílem operačního výkonu je odeznění nebo alespoň zmírnění současných bolestí a brnění v dolní končetině a bederní páteři. V neposlední řadě je cílem zlepšení hybnosti končetin/y a celkové chůze, jsou-li tyto skutečnosti vstupně zhoršeny.

V případě (počínajícího) syndromu kaudy je cílem akutní operace, která má za cíl odstranit tyto projevy dříve, než se stanou nevratnými.

Alternativa výkonu

Alternativou k operačnímu výkonu je konzervativní postup. Ten se skládá z několika možností, mezi které patří: tišení bolestí pomocí léků (analgetik), klidový režim a následně odborně vedená rehabilitace s pravidelným cvičením nebo v indikovaných případech obstrukce postižených nervových kořenů pod tomografem (CT), tzv. PRT (periradikulární terapie).

V případě syndromu kaudy není k akutnímu operačnímu výkonu jiná alternativa.

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,
- recidiva výhřezu meziobratlové ploténky (cca 5 % v horizontu 10 let).

Následky výkonu

Následkem každého operačního výkonu je jizva.

Vážená paní, vážený pane,

Váš přijímací 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