

Informovaný souhlas pacienta (zákonného zástupce pacienta) se stabilizační operací zlomeniny obratle a/nebo s poraněním páteřních vazů zadním 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

Stabilizační operace zlomeniny obratle a/nebo s poraněním páteřních vazů zadním přístupem

Účel výkonu

Účelem tohoto operačního výkonu je instrumentovaná stabilizace potvrzené nestabilní zlomeniny páteře. Stabilizací dochází mimo jiné také ke zmírnění bolestí zad v oblasti zlomeniny a jejímu časnějšímu zhojení.

Povaha výkonu

Na základě provedených vyšetření jsme u Vás zjistili poranění bederní páteře, u kterého dochází k narušení její stability. Tento typ úrazu v prvopočátku působí lokální bolest zad. Při neošetření může dojít k její progresi (postupnému zhoršení) neurologických obtíží: oslabení a poruchou citlivosti jedné či více končetin(y) anebo vzniku deformity.

Operační výkon se provádí většinou (sub)akutně v celkové anestezii.

Cílem operačního výkonu je za pomoci rentgenové kontroly stabilizovat zlomeninu zavedením šroubů do sousedních obratlů. Ty se následně spojí tyčemi a fixují maticemi. Po provedeném výkonu je operační rána uzavřena stehy v příslušných vrstvách.

Předpokládaný prospěch výkonu

Cílem operačního výkonu je stabilizovat nestabilní zlomeninu a umožnit její časnější zhojení.

Alternativa výkonu

Alternativou k operačnímu výkonu je konzervativní postup. Ten se skládá z několika možností, mezi které patří: tlášení bolestí pomocí léků (analgetik), klidový režim a následně odborně vedená rehabilitace s pravidelným cvičením, nošení ortézy bederní páteře (bederní pás, korzet). Při alternativním postupu však hrozí zhoršení původního stavu: např. progresí zlomeniny nebo její nedostatečné zhojení se vznikem chronické nestability a deformity páteře. Může dojít také k útlaku nervových kořenů nebo míchy s rozvojem neurologického deficitu (např. brnění končetin/y až ochrnutí).

Možná rizika zvoleného výkonu

- krvácení – při velkém krvácení většinou následuje operační revize za účelem odstranění krevních sraženin v operační ráně,
- poškození nervového kořene se zhoršením hybnosti nebo citlivosti dolní končetiny (velmi vzácná komplikace pod 1 %),
- infekční komplikace spojené s hojením rány,
- selhání instrumentace – zalomení šroubu či jeho uvolnění z obratlového těla (vzácná komplikace).

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