

**Informovaný souhlas pacienta (zákonného zástupce pacienta)
se stabilizační operací bederní páteře zadním přístupem**

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

Stabilizační operace bederní páteře s náhradou meziobratlové ploténky zadním přístupem (PLIF a TLIF)

Účel výkonu

Účelem tohoto operačního výkonu na bederní páteři je eliminace útlaku (komprese) nervových kořenů a cévních struktur. Odstraněním komprese dochází ke zmírnění bolestí a pocitů brnění v dolní končetině či obou končetinách. Stabilizací rovněž dochází ke zmírnění bolestí zad a v neposlední řadě zlepšení samotné chůze.

Povaha výkonu

Na základě provedených vyšetření jsme u Vás zjistili jeden z níže uvedených stavů vyžadující operační řešení:

- poranění bederní páteře, u které dochází k narušení její stability,
- zúžení páteřního kanálu v důsledku chronické nestability a snaze o její opětovnou stabilizaci vznikem nárůstků působících zúžení,
- posun obratlových těl vůči sobě (tzv. spondylolistéza),
- předchozí operace s přetrvávajícími bolestmi,
- neúspěšná konzervativní (nechirurgická) léčba.

Tyto stavy vedou ke zúžení páteřního kanálu v bederní části páteře. Toto zúžení působí vyjma lokální bolesti zad také útlak nervového kořene. Ten se může projevit bolestí, oslabením a poruchou citlivosti jedné dolní končetiny. Útlak více nervových kořenů se může projevit bolestí, oslabením a poruchou citlivosti obou dolních končetin spojené často s poruchou chůze.

Operační výkon se provádí plánovaně v celkové anestezii.

Cílem operačního výkonu je odstranění zúžení působících struktur (viz výše), potažmo útlaku nervového kořene, dále pak také provedení tzv. stabilizace – zavedení šroubů do sousedících obratlových těl, které se spojí tyčemi a fixují maticemi. V poslední fázi operačního výkonu se provádí odstranění meziobratlové ploténky, která se nahradí titanovým implantátem. Dosahuje se tím kompletní a komplexní stabilizace páteřního segmentu dvou obratlů. Uvedené metody PLIF a TLIF jsou si velmi podobné a se liší pouze způsobem přístupu k meziobratlové ploténce a její náhrady. Po provedeném výkonu je operační rána uzavřena stehy v příslušných vrstvách. Z operační rány je standardně vyveden dren, který zabraňuje vzniku hematomu (krvácení).

Předpokládaný prospěch výkonu

Cílem operačního výkonu je kromě zastavení postupné progresy obtíží (bolesti, pocity brnění v dolní končetině) také jejich odeznění nebo alespoň zmírnění. V neposlední řadě je cílem zlepšení hybnosti končetin/y a celkové chůze, jsou-li tyto skutečnosti vstupně zhoršeny.

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, nošení ortézy bederní páteře (bederní pás, korzet).

Při alternativním postupu však zhoršení původního stavu: např. progresy zlomeniny nebo její nedostatečné zhojení se vznikem chronické nestability či deformity páteře

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 nerv. 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),
- pooperační nestabilita sousedního segmentu páteře.

Následky výkonu

Následkem každého operačního výkonu je jizva.

Vážená paní, vážený pane,

Váš příjímací 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