

**Informovaný souhlas pacienta (zákonného zástupce pacienta)
s operací bederní páteře s náhradou meziobratlové ploténky předním 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 (česky)

Operace bederní páteře s náhradou meziobratlové ploténky předním přístupem (ALIF)

Účel výkonu

Účelem tohoto operačního výkonu na bederní páteři je eliminace obtíží plynoucích z diskopatie (degenerativního poškození meziobratlové ploténky). Především se jedná o bolesti bederní páteře. Náhradou dochází ke zmírnění bolestí zad a v neposlední řadě zlepšení samotné chůze pro bolest.

Povaha výkonu

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

- degenerativní onemocnění meziobratlové ploténky s korelujícími klinickými obtížemi
- u původně plánované náhrady meziobratlové ploténky ze zadního přístupu při stabilizační operaci (PLIF a TLIF) nebylo anatomicky možné meziobratlovou ploténku nahradit

Tyto stavy vedou ke zatěžování degenerativně změněné meziobratlové ploténky, která již není nadále schopna tuto zátěž kompenzovat. Toto působí lokální bolesti zad. V určitých případech dochází rovněž k útlaku přilehlého nervového kořene. Ten se může projevit bolestí, oslabením a poruchou citlivosti jedné dolní končetiny.

Operační výkon se provádí plánovaně v celkové anestezii.

Cílem operačního výkonu je odstranění meziobratlové ploténky, která se nahradí titanovým implantátem. K meziobratlové ploténce přistupujeme zepředu v operační poloze na zádech z podobného kožního řezu, který se používá při císařském řezu. Následně se prochází podél břišní stěny (do dutiny břišní se neprochází) až k páteři, kde se provádí operace na meziobratlové ploténce. Po provedeném výkonu je operační rána uzavřena stehy v příslušných vrstvách. Z operační rány je standardně vyveden drén, který zabraňuje vzniku hematomu (krváčení).

Předpokládaný prospěch výkonu

Cílem operačního výkonu je kromě zastavení postupné progresy obtíží (bolesti, pocity brnění v dolní končetině) také jejich odeznění nebo alespoň zmírnění.

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).

Možná rizika zvoleného výkonu

- krvácení – při velkém krvácení většinou následuje operační revize za účelem odstranění krevních sraženin v operační ráně;
- infekční komplikace spojené s hojením rány;
- u muže existuje vzácné riziko (uvádí se 1-2 %) vzniku retrográdní ejakulace, která může vést k neplodnosti.

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 nezamítl(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