

**Informovaný souhlas pacienta (zákonného zástupce pacienta)  
s operací páteře s náhradou meziobratlové ploténky bočním 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 (česky)****Operace páteře s náhradou meziobratlové ploténky bočním přístupem (XLIF)****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 degenerativní onemocnění meziobratlové ploténky s korelujícími klinickými obtížemi. 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 z boku. Následně se prochází až k páteři, kde se provádí operace na meziobratlové ploténce. Po provedeném výkonu je operační rána uzavřena stehy v příslušných vrstvách.

**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.

**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:**

<b>pozn. Vaši odpověď zakroužkujte:</b>		
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

<b>Po výše uvedeném seznámení prohlašuji:</b>		
- 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 nezamíchl(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

<b>Pokud se pacient nemůže podepsat, uveďte důvody, pro které se pacient nemohl podepsat:</b>			
<b>Jak pacient projevil svou vůli:</b>			
Jméno a příjmení zdravotnického pracovníka/svědka	Podpis zdravotnického pracovníka/svědka	Datum	Hodina