

**Informovaný souhlas pacienta (zákonného zástupce pacienta)
s operací vyztužení obratle za pomoci kostního cementu – vertebroplastika**

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

Vyztužení obratle za pomoci kostního cementu – vertebroplastika

Účel výkonu

Účelem operačního výkonu je za pomoci minimálně invazivní chirurgie zmírnit bolesti zad, které jsou způsobeny zlomeninou. Zlomenina může snadněji nastat v osteoporotickém terénu (odvápňení obratlů), při postižení obratle nádorem (např. hemangiomem – cévním nádorem obratlového těla či metastázou).

Povaha výkonu

Na základě provedených vyšetření jsme u Vás zjistili jednu (či více) zlomeninu(y) obratlového těla, která i přes nastavenou konzervativní léčbu působí nepříjemnou bolest a pro ni znemožňuje vykonávání běžných činností. Operační výkon se provádí plánovaně v poloze na břiše v celkové anestezii. Cílem operačního výkonu je za pomoci minimálně invazivní chirurgie (za pomoci zavedení aplikační sondy z minimální ranky na zádech) vyztuzit obratlové tělo kostním cementem za stálé rentgenové (RTG) kontroly. Po provedeném výkonu je místo vpichu uzavřeno stehem.

Předpokládaný prospěch výkonu

Cílem operačního výkonu je odeznění nebo alespoň zmírnění současných bolestí umožňující časnější návrat do běžného života před incidentem.

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 bederního korzetu do odeznění bolestí (přibližně 2-3 měsíce). Rizikem alternativního postupu je progresse borcení obratlového těla.

Možná rizika zvoleného výkonu

- únik kostního cementu do páteřního kanálu s následnou kompresí (stlačením) nervových kořenů či míchy – k zamezení neurologického postižení (poruchy hybnosti končetin(y) či poruchy vyprazdňování) je následně nutné provést operační revizi páteřního kanálu v celkové anestezii,
- infekční komplikace spojené s hojením rány,
- krvácení a vznik hematomu (sraženiny) v místě dráhy zavedení aplikační sondy.

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