

**Informovaný souhlas pacienta (zákonného zástupce pacienta)
s operací úžinového syndromu působící útlak loketního nervu**

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

Operace úžinového syndromu působící útlak loketního nervu

Účel výkonu

Účelem operačního výkonu je uvolnit nerv z útlu (komprese) okolních a často zbytnělých struktur (např. vazů). K tomu dochází nejčastěji na anatomicky predispozičních místech. V případě loketního nervu (nervus ulnaris) se jedná o místo v oblasti lokte (tzv. kubitální kanál) anebo v oblasti dlaně (tzv. Guyonův kanál).

Povaha výkonu

Na základě provedených vyšetření jsme u Vás zjistili úžinový syndrom působící kompresi periferního nervu. Tento útlak se projevuje mravenčením, bolestí anebo poruchou funkce nervu ve smyslu hybnosti části těla, kterou nerv ovládá. Účelem operačního výkonu je uvolnění útlu (dekomprese) periferního nervu. Dojde tak k obnovení jeho výživy a zabrání dalšího poškození. Operační výkon se provádí plánovaně v celkové anestezii. Po provedeném výkonu je malá operační rána uzavřena stehy v příslušných vrstvách.

Předpokládaný prospěch výkonu

Cílem operačního výkonu je odeznění nebo alespoň zmírnění současných bolestí a brnění. V neposlední řadě je cílem zlepšení hybnosti končetiny, je-li vstupně zhoršena.

Alternativa výkonu

Alternativou k operačnímu výkonu je konzervativní postup. Ten se skládá z několika možností, mezi které patří: tlášení bolestí pomocí léků (analgetik) či přikládáním dlahy. Tato léčba však většinou přináší pouze krátkodobý efekt s pouze dočasnou úlevou.

Možná rizika zvoleného výkonu

- krvácení – při velkém krvácení většinou následuje operační revize za účelem odstranění krevních sraženin v operační ráně,
- vznik keloidní jizvy,
- selhání hojení nervových vláken a tím i celého nervu,
- 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:**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