

**Informovaný souhlas pacienta (zákonného zástupce pacienta)
s operační revizí původní rány**

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)

Operační revize rány

Účel výkonu

Účelem operačního výkonu je urychlit zhojení rány a zabránit vzniku či eventuálnímu šíření infekce.

Povaha výkonu

Na základě současného klinického stavu jsme u Vás zjistili jednu z následujících skutečností, která vyžaduje opětovnou operační revizi.

- krevní sraženina (hematom) v operační ráně, která svým tlakem na okolí působí klinické obtíže;
- opakované prosakování operační rány, které se konzervativním postupem nehojí adekvátně;
- prosakování mozkomíšního moku z operační rány anebo jeho nadměrné hromadění v podkoží;
- infekce operační rány.

Operační výkon se provádí subakutně v celkové anestezii.

Cílem operačního výkonu je urychlení zhojení rizikové operační rány. Nevzniká žádná nová rána.

Předpokládaný prospěch výkonu

Cílem operačního výkonu je urychlení zhojení rizikové operační rány a zamezení vzniku či dalšího šíření infekce.

V případě zjištěného prosakování mozkomíšního moku je zároveň cílem ošetření místa, kudy dochází k jeho prosakování.

Alternativa výkonu

V případě těchto výkonu není doporučována žádná jiná adekvátní alternativa. Konzervativní léčba (např. léčba pomocí antibiotik) bývá již v tomto bodě vnímána jako nedostatečná.

Možná rizika zvoleného výkonu

Nadále existuje určité riziko s neadekvátním hojením rány.

Následky výkonu

Následkem 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