

**Informovaný souhlas pacientky (zákonného zástupce pacientky)
s podtlakovým uzávěrem rány**

Pacientka – jméno a příjmení:	Rodné číslo (číslo pojištění):
Datum narození: (není-li rodné číslo)	Kód zdravotní pojišťovny:
Adresa trvalého pobytu pacientky: (případně jiná adresa)	
Jméno zákonného zástupce (opatrovníka):	Rodné číslo:

Název výkonu

Podtlakový uzávěr rány

Účel výkonu

Cílem operace je zlepšení hojení komplikovaných ran.

Povaha výkonu

V celkové anestezii bude provedeno očištění a proplach rány desinfekčním roztokem. Následně odstranění odumřelé tkáně, vložení speciálního porézního krytí do rány a její překrytí samolepící fólií. Poté bude pomocí podtlakového přístroje vytvořen v této ráně podtlak, jehož úkolem je podporovat tvorbu granulací, hojení a odsávat sekret z raných ploch. V pooperačním období může být pomocí tohoto přístroje prováděn proplach rány léčebnými roztoky, které urychlují hojení v případě infekční kolonizace rány škodlivými bakteriemi.

V pravidelných intervalech v závislosti na stavu hojení rány se musí tento postup opakovat. Ideální interval pro Vás vybere ošetřující lékař.

Aplikace tohoto způsobu hojení rány vyžaduje hospitalizaci.

Předpokládaný prospěch výkonu

Zlepšení hojení rány a její postupné uzavření.

Alternativa výkonu

Klasické převazování rány spočívající v aplikaci různých léčebných roztoků a pomůcek vkládaných do rány. Obecně je tento alternativní postup spojen s delší dobou ošetřování.

Následky výkonu

Tento výkon, je-li proveden bez komplikací, nemá žádné následky.

Možná rizika zvoleného výkonu

Žádný lékař Vám nemůže zaručit stoprocentní výsledek operace bez rizika. Výskyt uvedených komplikací je díky pokroku v medicíně řídký.

Vzácně může dojít k alergické reakci na použité materiály a léčebné roztoky. Taktéž může být spojen s bolestivostí rány a velmi vzácně s krvácením.

Výskyt popsanych komplikací je velmi vzácný, je prováděna celá řada preventivních opatření za účelem minimalizace těchto rizik. Pokud se však i přesto nějaká komplikace objeví, jsme specializováni na jejich léčbu.

Souhlas:

pozn. Vaši odpověď zakroužkujte:

Byla jsem srozumitelně informována o alternativách výkonu prováděných ve Fakultní nemocnici Olomouc, ze kterých mám možnost volit.	ANO	NE
Byla jsem informována 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

Byla jsem informována o léčebném režimu a preventivních opatřeních, která jsou vhodná, o provedení kontrolních zdravotních výkonů.	ANO	NE
Všem těmto vysvětlením a informacím, které mi byly lékařem sděleny a vysvětleny, jsem porozuměla, měla 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, souhlasím s jejich provedením.	ANO	NE
- že jsem lékařům nezamlčela 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 pacientky nebo zákonného zástupce (opatrovníka)

Jméno a příjmení lékaře, který podal informaci	Podpis lékaře, který podal informaci

Pokud se pacientka nemůže podepsat, uveďte důvody, pro které se pacientka nemohla podepsat:			
Jak pacientka projevila svou vůli:			
Jméno a příjmení zdravotnického pracovníka/svědka	Podpis zdravotnického pracovníka/svědka	Datum	Hodina