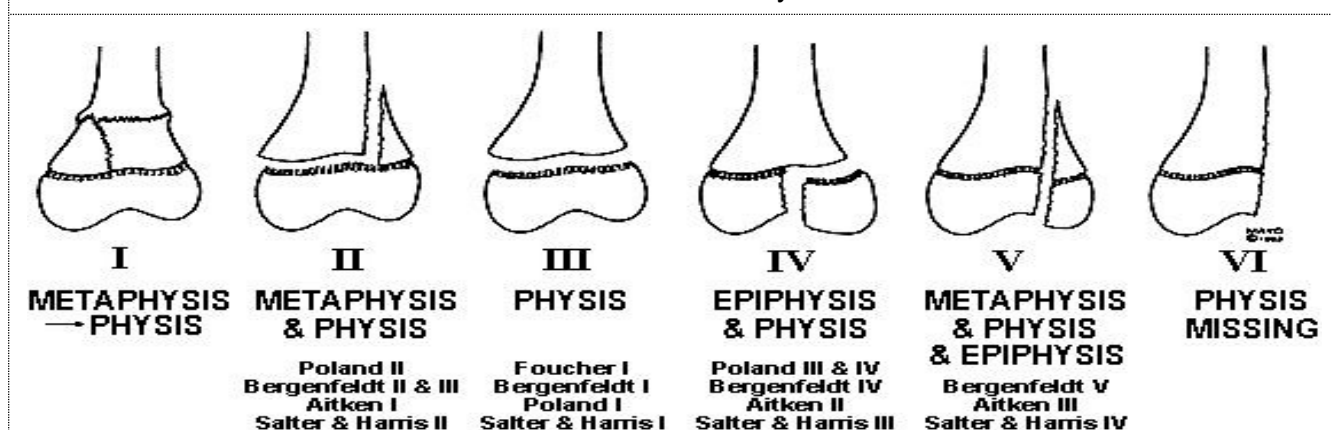


Informovaný souhlas pacienta (zákonného zástupce pacienta) s repozicí fýzárních poranění

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

Repozice fýzárních poranění - napravení posunu u zlomeniny v oblasti růstové štěrby
Ilustrační obrázky



Úvod

Fýzární poranění jsou nejčastěji diagnostikované zlomeniny v dětském věku. Jedná se o zlomeniny v oblasti růstové chrupavky. Lze je rozdělit na několik typů podle charakteru poranění růstové ploténky a růstového jádra na konci kosti. V případě posunutí jednotlivých fragmentů je nutná repozice do osového postavení. V případě nedostatečné stability po repozici je nutná dočasná fixace dráty zavedenými přes kůži. U některých typů fýzárního poranění hrozí trvalé poškození růstové ploténky s nutností delšího sledování po úrazu s porovnávacími RTG zdravé strany.

Účelem výkonu

Napravení osového postavení v krátkodobé celkové anestezii, v indikovaných případech v lokálním znecitlivění operační s dočasnou fixací přes kůži zavedenými dráty k zabránění posunutí při nestabilitě úlomků, operační terapie s otevřenou repozicí a osteosyntézou pokud nelze poranění reponovat zavřeně.

Povaha výkonu

Jedná se o výkon v krátkodobé celkové anestezii - nutné aby dítě bylo lačné.

Předpokládaný prospěch výkonu

Správné postavení zlomeniny, zabránění zhojení ve špatném postavení s následnou poruchou růstu. Zabránění útlaku nervové - cévních struktur v případě hrubé dislokace.

Alternativa výkonu

Konzervativní terapie v případě neposunutého zlomeniny či nevýznamné dislokaci.

Možná rizika zvoleného výkonu

- při usnutí riziko spojené s anestesií (znecitněním),
- v případě urgentního výkonu riziko vdechnutí žaludečního obsahu,
- při nutné fixaci přes kůži zaváděnými dráty riziko poranění nervově-cévních struktur s případnou obrnou nervu.

Následky výkonu

Ve většině případů zhojení bez následků.

Souhlas:

pozn. Vaší 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 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, souhlasím s jejich provedením.	ANO	NE
- že jsem lékařům nezamítl(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

Jméno a příjmení lékaře, provádějícího výkon	Podpis lékaře, provádějícího výkon	Datum	Hodina

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