

**Informovaný souhlas pacienta (zákonného zástupce pacienta)
s repozicí a osteosyntézou zlomenin dlouhých kostí**

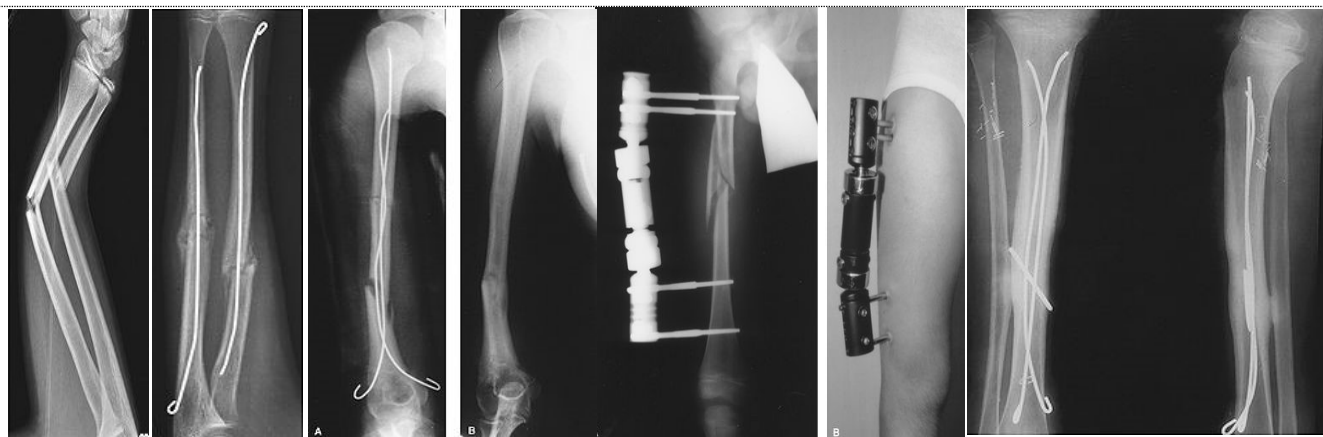
Pacient – jméno a příjmení:	Rodné číslo (číslo pojištění):
Datum narození: (není-li rodné číslo)	Kód zdravotní pojišťovny:
Adresa trvalého pobytu pacienta: (případně jiná adresa)	
Jméno zákonného zástupce (opatrovníka):	Rodné číslo:

Název výkonu

Repozice a osteosyntéza zlomenin dlouhých kostí

Typy zlomenin a jejich operační řešení:

Ilustrační obrázky



Úvod

U 70% zlomenin střední části dlouhých kostí u dětí postačuje náprava postavení s následnou sádrou fixací (u zlomenin typu vrbového proutku, minimálně dislokovaných zlomenin). U dětských zlomenin dochází i při neanatomickém postavení k rychlé remodelaci.

Při velkém posunu, tříštivém charakteru zlomenin nebo pokud nelze zachovat porepoziční postavení je nutné operační spojení zlomených kostí.

Účelem výkonu

Napravení osového postavení poraněných kostí v celkové anestezii a zafixování v reponovaném postavení – dráty, šrouby, dlaha, zevní fixátor, skeletální trakce.

Povaha výkonu

- **závřená repozice**: jedná se o výkon v celkové anestezii-nutné vyláčení dítěte.
Po repozici vždy sádrou imobilizace s nutnou opakovanou kontrolou prokrvení,
- **závřená repozice s fixací K dráty**: výkon v celkové anestezii s obnovou správného postavení zlomeniny a zajištění dráty pro udržení dosaženého postavení,
- **otevřená repozice**: pokud nelze zavřeným způsobem dosáhnout uspokojivého postavení.

Předpokládaný prospěch výkonu

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

Alternativa výkonu

Konzervativní terapie se sádrou fixací v případě neposunuté zlomeniny či minimální dislokaci.

Možná rizika zvoleného výkonu

Při usnutí riziko spojené s anestezií (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
- při otevřené repozici riziko poranění nervově-cévních struktur

Následky výkonu

Nutné sledovat případný otok ve fixaci, který může vést až k odumření svalstva a poškození nervů a cév. V případě otevřené repozice jizvy.

Z dlouhodobého hlediska poruchy hojení ve smyslu prodlouženého hojení či nezhojení /raritní/.

Poruchy růstu kosti – zpomalení či zrychlení růstu s následnou asymetrií končetin.

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 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 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

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