

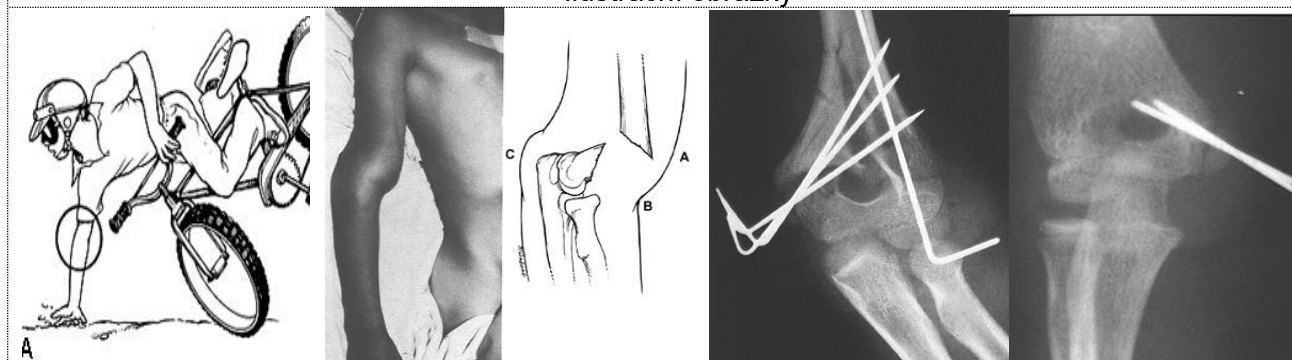
**Informovaný souhlas pacienta (zákonného zástupce pacienta)
s nápravou zlomenin v oblasti lokte**

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

Náprava zlomenin v oblasti lokte

Ilustrační obrázky



Úvod:

Zlomeniny v oblasti lokte patří mezi velmi časté. Vznikají typicky po pádu na nataženou horní končetinu. V případě, že zasahují nitrokloubně mohou ohrozit další růst kosti. Při výrazném posunutí úlomků hrozí akutní poranění nervů a cév útlakem s možným rozvojem obrny poraněných nervů. Dále jsou zlomeniny v této lokalitě charakterizovány významným otokem s nutností intenzivního sledování. U poranění v oblasti růstové ploténky nebo v oblasti růstových jader jsou často ke správné diagnostice nutné srovnávací RTG zdravé strany.

Účelem výkonu

Napravení osového postavení poraněných kostí v celkové anestezii a eventuální zafixování v reponovaném postavení – K-dráty, šrouby, skeletální trakci

Povaha výkonu

- závřená repozice: jedná se o výkon v celkové anestezii - nutné vyláčení dítěte. Po repozici vždy sádrová 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 dislokace.

Možná rizika zvoleného výkonu

Při uspání 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
- při otevřené repozici riziko poranění nervově-cévních struktur

Alternativa výkonu

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

Následky výkonu

Nutné sledovat případný otok ve fixaci, který může vést až odumření svalstva a poškození nervů a cév.

U poranění v oblasti lokte je typická dlouhodobá rehabilitace.

U nitrokloubních zlomenin hrozí deformita lokte s omezením hybnosti.

V případě otevřené repozice zůstávají pooperační jizvy.

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

Poruchy růstu kosti – zpomalení či zrychlení růstu s následnou deformitou postavení loketního kloubu.

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 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