

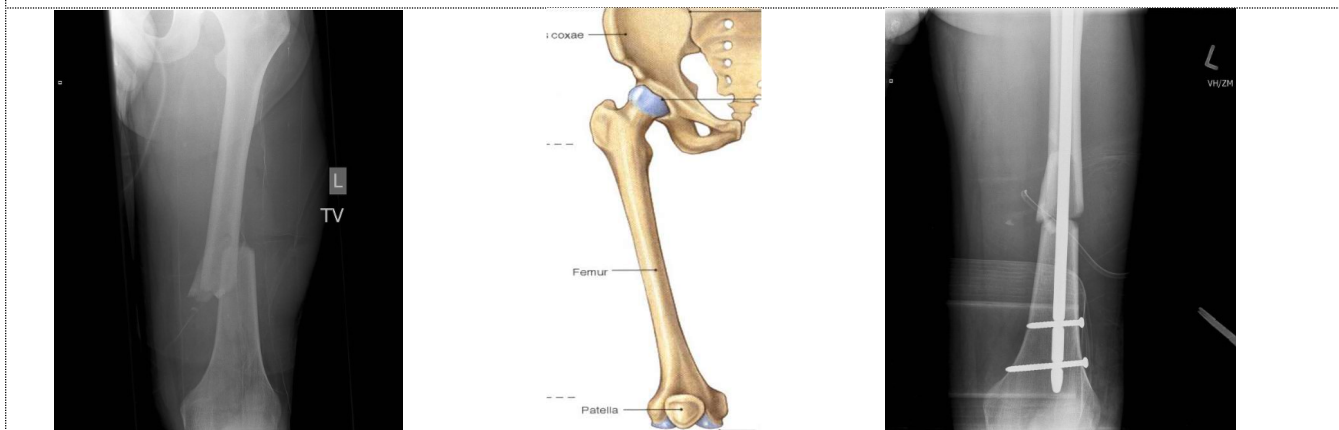
**Informovaný souhlas pacienta (zákonného zástupce pacienta)
se spojením kostních úlomků zlomené stehenní kosti kovovým materiálem
(osteosyntéza diafýzy femuru)**

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

**Spojení kostních úlomků zlomené stehenní kosti kovovým materiálem
(osteosyntéza diafýzy femuru)**

ilustrační obrázky



Účel výkonu

obnovení původního tvaru a funkce poraněné stehenní kosti resp. dolní končetiny.

Povaha výkonu

Výkon diagnostický a léčebný - jedná se o středně těžký výkon.

Předpokládaný prospěch výkonu

Zpevnění poraněné stehenní kosti, odstranění bolesti, zabránění vzniku dalších poranění kostními úlomky, podpora hojení zlomeniny, možnost zahájení včasné rehabilitace a tím minimalizace dalších komplikací způsobených dlouhodobým ležením (proleženiny, plicní infekce, žilní trombóza).

Alternativa výkonu

Konzervativní léčba tj. bez operace - ta je však zatížena vysokým procentem smrtelných komplikací (zánět plic, proleženiny, celková infekce, nezhojení).

Následky výkonu

Jizvy, zkrat končetiny, infekce, nutnost reoperace, přítomnost kovového materiálu.

Možná rizika zvoleného výkonu

Riziko spojené s anestesií (znedvětáním – srdeční zástava apod.), riziko operace- především infekce a dlouhodobé hojení kůže, s nutností následných dalších operačních výkonů. Tato infekce může vést až ke ztrátě končetiny. Riziko peroperačního poranění cév a nervů s porušenou citlivostí a hybností nohy, poruchou prokrvení nohy. Dalšími riziky jsou vznik paskloubu (menší riziko než u konzervativní léčby), riziko žilní trombózy a plicní embolie.

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 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