

**Informovaný souhlas pacienta (zákonného zástupce pacienta)
se spojením kostních úlomků vnitřního a zevního kotníku vzniklých zlomeninou po
úrazu (osteosyntéza zevního a vnitřního kotníku)**

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 vnitřního a zevního kotníku vzniklých zlomeninou po úrazu (osteosyntéza zevního a vnitřního kotníku)

ilustrační obrázky



Úvod

Zlomeniny v oblasti hlezna jsou velmi časté. Jde o zlomeniny vnitřního a zevního kotníku, případně zadní hrany holenní kosti. Často bývají poraněny i vazy obou kotníků, a to buď samostatně, nebo ve spojení se zlomeninou. Zlomeniny mohou být také luxačního charakteru-s vymknutím hlezenného kloubu. Tyto zlomeniny mohou být také otevřené.

Účelem výkonu

Obnovení délky zevního kotníku a tím končetiny, rekonstrukce kloubní plochy hlezenného kloubu, repozicí a osteosyntézou vnitřního kotníku, jejich fixace osteosyntetickým materiálem, nejčastěji dlahami a šrouby a tím obnovení tvaru a funkce kloubu.

Povaha výkonu

Diagnosticko- léčebný, jedná se o středně těžký výkon.

Předpokládaný prospěch výkonu

Zhojení úlomků ve správném postavení a tím zpomalení rozvoje degenerativních změn hlezenného kloubu, možnost zahájení časně rehabilitace, pravděpodobnost lepšího funkčního výsledku, ve srovnání s konzervativním způsobem léčby.

Alternativa výkonu

Konzervativní léčba bez operace- je vhodná u zlomenin bez posunu. U zlomenin s posunem úlomků má delší dobu léčby, častější komplikace, nezhojení zlomeniny, špatné funkční výsledky a závažné trvalé následky.

Následky výkonu

Jizva na vnitřní i zevní straně dolní 1/2 bérce. Předčasný vznik artrotických změn hlezna, přítomnost osteosyntetického materiálu.

Možná rizika zvoleného výkonu

Riziko spojené s anestezií (znečistněním – 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. Tato rizika jsou vyšší u pacientů s cukrovkou, kuřáků, pacientů na kortikoterapii. Dalšími riziky jsou vznik pkloubu (menší riziko než u konzervativní léčby), riziko žilní trombózy a plicní embolie.

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 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 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