

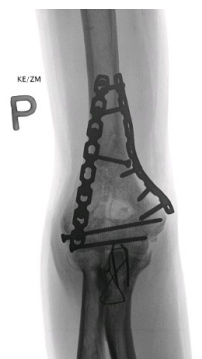
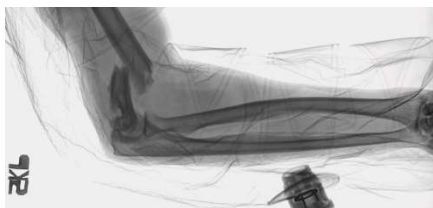
**Informovaný souhlas pacienta (zákonného zástupce pacienta)
se spojením kostních úlomků při zlomeninách dolního konce kosti pažní
(osteosynthesis humeri distalis)**

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 při zlomeninách dolního konce kosti pažní
(osteosynthesis humeri distalis)**

ilustrační obrázky



Úvod

Loketní kloub je složité skloubení tří kostí/pažní, vřetenní a loketní/, zpevněné velkým počtem vazů, které je překlenuto svaly paže a předloktí. V jeho těsné blízkosti probíhají důležité nervy a cévy. Poranění může postihovat buď samostatně jen dolní konec kosti pažní nebo může být kombinováno s poraněním horního konce obou kostí předloktí.

Zlomeniny dolního konce pažní kosti mohou být lokalizovány mimo vlastní loketní kloub nebo zasahují a postihují i kloubní plochu.

Účelem výkonu

Spojení kostních úlomků kovovým materiálem /šrouby, dlahy, dráty/, u nitrokloubních zlomenin obnovení kloubní plochy, sešití přetržených vazů, svalů a kloubního pouzdra. Výkon se provádí v tzv. bezkrevnosti pro lepší přehlednost struktur a k zábraně krevních ztrát.

Povaha výkonu

Diagnosticko - léčebný, u zlomenin mimo kloub se jedná o středně těžký výkon, u zlomenin nitrokloubních je výkon těžký.

Předpokládaný prospěch výkonu

Zajištění anatomického postavení úlomků, obnovení kloubní plochy kosti pažní v loketním kloubu a tím zabránění rozvoje degenerativních změn s omezením hybnosti, snížení nebezpečí poranění nervových a cévních struktur pohyblivými úlomky.

Alternativa výkonu

Konzervativní léčba sádrou fixací je vhodná u dětí, u zlomenin bez posunu. U zlomenin s posunem je indikován operační výkon s nutností co nejpřesněji obnovit kloubní plochu a zajistit stabilitu úlomků.

Následky výkonu

Jizva v oblasti dolního konce paže nebo v krajině loketního kloubu /závisí na typu zlomeniny a operačním přístupu/. Rozvoj degenerativních změn a omezení hybnosti je menší a pomalejší než u konzervativní léčby, přítomnost osteosyntetického materiálu.

Možná rizika zvoleného výkonu

Riziko spojené s anestesií, riziko operace - především infekce, která může vést až ke ztrátě končetiny. Riziko peroperačního poranění nervů a cév s porušením citlivosti, hybnosti a prokrvení ruky od lokte dolů. Dalšími riziky jsou vznik paku (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 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