

**Informovaný souhlas pacienta (zákonného zástupce pacienta)
s osteosyntézou záprstních kůstek /metakarpů/ a prstů**

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 záprstních a prstních kůstek pomocí kovového materiálu – šroubků, drátů a dlažek (osteosyntéza záprstních kůstek /metakarpů/ a prstů)

Ilustrační obrázky



Účel výkonu

Obnovení původního tvaru a funkce poraněné kosti, kloubu a celé ruky.

Povaha výkonu

Diagnosticko - léčebný, středně těžký.

Předpokládaný prospěch výkonu

Obnovení postavení kostních úlomků, zhojení zlomeniny, obnova funkce ruky, časná rehabilitace, odstranění bolesti

Alternativa výkonu

Konzervativní léčba bez operace – sádrová fixace, ta je však zatížena vyšším rizikem vzniku pakloubu či zhojení zlomeniny v nesprávném postavení, které vede k omezení hybnosti prstů a jejich pokřivení.

Následky výkonu

Jizva, přítomnost osteosyntetického materiálu.

Možná rizika zvoleného výkonu

Riziko spojené s anestesií (z necitněním), výkony jsou však prováděny často pouze v lokální anestezii či periferním nervovém bloku, riziko infekce v ráně, riziko nezhojení zlomeniny, riziko poranění cév a nervů při operaci, se sníženou citlivostí prstů.

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 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