

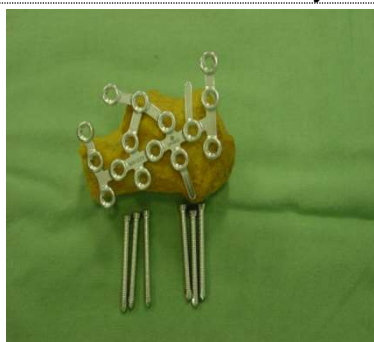
**Informovaný souhlas pacienta (zákonného zástupce pacienta)
se spojením úlomků zlomenin patní kosti s obnovením délky, šířky a klenby chodidla
(osteosyntéza patní kosti)**

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 úlomků zlomenin patní kosti s obnovením délky, šířky a klenby chodidla
(osteosyntéza patní kosti)**

Ilustrační obrázky



Úvod

Zlomeniny patní kosti jsou pod kotníkem nejčastější zlomeninou, s často vážným poškozením kůže a podkoží. Patní kost má 4 kloubní plochy a proto se velmi často jedná o nitrokloubní zlomeniny, jejichž léčba je velmi dlouhodobá, nákladná, končí trvalými následky, tj. otoky, klidovými bolestmi a poruchou chůze.

Účelem výkonu

Je obnovení všech kloubních ploch s obnovením délky, šířky a klenby chodidla a zpevněním zlomeniny pomocí kovového materiálu. K udržení postavení úlomků je někdy nutné vyplnění defektu vzniklého při úrazu přenosem kostního štěpu z pánve.

Povaha výkonu

Diagnosticko - léčebný, jedná se o středně těžký výkon.

Předpokládaný prospěch výkonu

Otevřenou operací kosti patní zlepšujeme postavení úlomků, kracujeme dobu léčení včasným zahájením rehabilitace a tak zvyšujeme pravděpodobnost lepšího funkčního výsledku se snížením nebezpečí úplné ztuhlosti (artrosy) kloubů patní kosti.

Alternativa výkonu

Konzervativní léčba bez operace - je vhodná u zlomenin bez posunu nebo s posunem kloubní plochy do 2 mm, u zlomenin dětí do 15 let. Doporučuje se u zlomenin s těžkým poškozením kožního krytu, dále u nemocných s dekompenzovanou cukrovkou a onemocněním cév dolních končetin, špatné zdravotní kondice a u nemocných s dalším těžkým zraněním. Pokud jsou kritéria pro operační výkon, může být volba konzervativního způsobu léčení spojena s horšími funkčními výsledky až invaliditou.

Následky výkonu

Jizva v místě operace, zánět měkkých tkání nebo kosti s nutností další operace, přítomnost osteosyntetického materiálu.

Možná rizika zvoleného výkonu

Riziko spojené s anesthesií (srdeční zástava apod.).

Riziko operace - především infekce a dlouhodobé hojení kůže na zevní straně s nutností dalších operačních výkonů. Tato infekce může vést až ke ztrátě končetiny.

Riziko peroperačního je poranění cév a nervů s porušenou citlivostí a poruchou prokrvení nohy.

Pozdními riziky jsou vznik artrosy, otok s trvalými bolestmi, porucha chůze, 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