

**Informovaný souhlas pacienta (zákonného zástupce pacienta)  
s náhradou nerekonstruovatelných kostních úlomků hlavice kosti vřetenní, vzniklých  
zlomeninou po úrazu s nestabilitou loketního kloubu a kostí předloktí**

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**

**Náhrada nerekonstruovatelných kostních úlomků hlavice kosti vřetenní, vzniklých  
zlomeninou po úrazu s nestabilitou loketního kloubu a kostí předloktí  
(endoprotéza hlavice kosti vřetenní)**

Ilustrační obrázky



**Účel výkonu**

Náhrada poraněné hlavice kosti vřetenní, obnovení funkce loketního kloubu a zápěstí.

**Povaha výkonu**

Diagnosticko - léčebný, jedná se o středně těžký výkon.

**Předpokládaný prospěch výkonu**

Náhrada zlomené hlavice vřetenní kosti a obnovení stability loketního kloubu a kostí předloktí, odstranění bolesti, zabránění vzniku dalších poranění kostními úlomky, možnost zahájení včasné rehabilitace

**Alternativa výkonu**

Konzervativní léčba bez operace - ta je však zatížená vysokým procentem komplikací (ztuhlost a event omezení pohyblivosti loketního kloubu, nestabilita loketního kloubu a kostí předloktí v zápěstí).

**Následky výkonu**

Jizvy, vznik předčasných degenerativních kloubních změn, přítomnost kovového materiálu.

### **Možná rizika zvoleného výkonu**

riziko spojené s anestesií (zneničněním – srdeční zástava apod.), riziko vzniku pakuobu, riziko žilní trombozy a plicní embolie, riziko poranění cév a nervů během operace, především vřetenního nervu s poruchou hybnosti ruky, dále riziko infekce v ráně, která může vyústit až ve ztrátu končetiny, uvolnění endoprotézy

### **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	<b>Podpis pacienta</b> nebo zákonného zástupce (opatrovníka)

<b>Jméno příjmení lékaře</b> , který podal informaci	<b>Podpis lékaře</b> , který podal informaci

<b>Jméno a příjmení lékaře</b> , provádějícího výkon	<b>Podpis lékaře</b> , provádějícího výkon	Datum	Hodina

**Pokud se pacient nemůže podepsat, uveďte důvody, pro které se pacient nemohl podepsat:**

**Jak pacient projevil svou vůli:**

<b>Jméno a příjmení zdravotnického pracovníka/svědka</b>	<b>Podpis zdravotnického pracovníka/svědka</b>	Datum	Hodina