

**Informovaný souhlas pacienta (zákonného zástupce pacienta)
se spojením kostních úlomků hlavice kosti vřetenní, vzniklých zlomeninou po úrazu
/minišrouby, T dlahá/ (osteosyntéza hlavice kosti vřetenní)**

Pacient – jméno a příjmení:	Rodné číslo (číslo pojištěnce):
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 hlavice kosti vřetenní vzniklých zlomeninou po úrazu
(minišrouby, T dlahá)
(osteosyntéza hlavice kosti vřetenní)**

Ilustrační obrázky



Účel výkonu

Obnovení původního tvaru poraněné hlavice kosti vřetenní a funkce loketního kloubu.

Povaha výkonu

Diagnosticko léčebný, jedná se o středně těžký výkon.

Předpokládaný prospěch výkonu

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

Alternativa výkonu

Konzervativní léčba bez operace - ta je však zatížena vysokým procentem komplikací (ztuhlost event. omezení pohyblivosti loketního kloubu, nestabilita loketního kloubu)

Následky výkonu

Jizvy, vznik předčasných degenerativních kloubních změn, přítomnost osteosyntetického materiálu

Možná rizika zvoleného výkonu

Riziko spojené s anesthesií (znedvěněním – srdeční zástava apod.), riziko vzniku paku, riziko žilní trombózy 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

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 a 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