

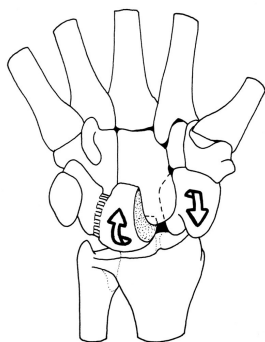
**Informovaný souhlas pacienta (zákonného zástupce pacienta)
s ošetřením skafulonátní disociace (SLD)**

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

**Ošetření skafulonátní disociace (SLD)
– operační ošetření poranění vazů mezi kostí člunkovou a kostí poloměsíčitě**

ilustrační obrázky



Účel výkonu

Obnovení anatomického uspořádání kostí zápěstí a obnovení správné funkce.

Povaha výkonu diagnosticko - léčebný

Jedná se o operační výkon, jehož délka a náročnost závisí od stupně a rozsahu poranění vazů a případných dalších přidružených poranění v oblasti zápěstního kloubu.

Předpokládaný prospěch výkonu

Obnovení původního uspořádání kostí zápěstí a dočasné zpevnění kovovým materiálem výrazně zvyšuje šanci na zhojení vazů, předchází vzniku nestability zápěstí a degenerativním změnám (artróza), které výrazně omezují funkci kloubu (bolesti, omezení hybnosti, deformita)

Alternativa výkonu

U některých nižších stupňů poranění lze léčit dočasnou fixací zápěstního kloubu a rehabilitací. V případě neúspěchu této léčby anebo u vyšších stupňů poranění nevede neoperační léčbě k úspěchu. Naopak dlouhodobě neřešené poranění tohoto vazů může vést ke vzniku nestability zápěstí a degenerativním změnám s výše uvedenými následky.

Následky výkonu

Dočasná přítomnost kovového implantátu, jizva, eventuálně trvalá přítomnost drobného implantátu (kotvičky) v zápěstí

Možná rizika zvoleného výkonu

Rizika spojená s anestezií (znecitněním), riziko nezhojení vazů, riziko vzniku infekce, riziko, která může vést až ke ztrátě končetiny, riziko poranění nervových a cévních struktur v oblasti operační rány.

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 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 lékařem 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