

**Informovaný souhlas pacienta (zákonného zástupce pacienta)
se spojením kostních úlomků zlomeného horního konce holenní kosti kovovým
materiálem (osteosyntéza bérce)**

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 zlomeného horního konce holenní kosti kovovým materiálem
(osteosyntéza bérce)**

ilustrační obrázky



Účel výkonu

Obnovení původního tvaru a funkce poraněné holenní kosti resp. kolenního kloubu.

Povaha výkonu

Diagnosticko - léčebný. U nitrokloubních tříštivých zlomenin se jedná o závažný výkon, u jednoduchých zlomenin středně závažný, výkon lze provést v celkové či regionální anestezii.

Předpokládaný prospěch výkonu

Zpevnění poraněné kosti, odstranění bolesti, zabránění vzniku dalších poranění kostními úlomky, podpora hojení zlomeniny, možnost zahájení včasné rehabilitace a tím minimalizace dalších komplikací.

Alternativa výkonu

Konzervativní léčba tj. bez operace - u neposunutých či zcela minimálně posunutých zlomenin, nebo pokud stav pacienta operaci neumožňuje, u posunutých je vysoké riziko nezhojení zlomeniny, časného vzniku a rychlého rozvoje degenerativních změn.

Následky výkonu

Jizvy, infekce, nutnost reoperace, omezení pohyblivosti kolenního kloubu se vznikem předčasných degenerativních kloubních změn, ztráta končetiny, přítomnost osteosyntetického materiálu.

Možná rizika zvoleného výkonu

Riziko spojené s anestesií (znečistněním – srdeční zástava apod.), riziko operace- především infekce a dlouhodobé hojení kůže, s nutností následných dalších operačních výkonů., Tato infekce může vést až ke ztrátě končetiny. Riziko peroperačního poranění cév a nervů s porušenou citlivostí a hybností nohy, poruchou prokrvení nohy. Tato rizika jsou vyšší u pacientů s cukrovkou, kuřáků, pacientů na kortikoterapii. Dalšími riziky jsou vznik plicní embolie (menší riziko než u konzervativní léčby), 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 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