

**Informovaný souhlas pacienta (zákonného zástupce pacienta) s operačním výkonem**  
**Artrodéza – operací navozený kostní srůst kloubních ploch**

|                                                            |                                   |
|------------------------------------------------------------|-----------------------------------|
| Pacient –<br>jméno a příjmení:                             | Rodné číslo<br>(číslo pojištění): |
| Datum narození:<br>(není-li rodné číslo)                   | Kód zdravotní<br>pojišťovny:      |
| Adresa trvalého pobytu pacienta:<br>(případně jiná adresa) |                                   |
| Jméno zákonného zástupce<br>(opatrovníka):                 | Rodné číslo:                      |

**Název výkonu**

**Artrodéza**  
(operací navozený kostní srůst kloubních ploch)

**Účel výkonu**

**Artrodéza** je indikována časně po úrazu při destrukci kloubních ploch v rozsahu, kdy rekonstrukční výkon neskýtá naději na zhojení s přijatelnou funkcí a bez bolesti. Pozdější indikací je těžký stupeň poúrazové artrózy, kdy došlo k opotřebením kloubních chrupavek a zániku kloubní štěrbiny s bolestmi a otoky kloubu vedoucí k omezení funkce končetiny. Jedná se o klouby, kde umělá kloubní náhrada není možná buď proto, že pro daný kloub není využívána nebo to aktuální nález nedovoluje (např. po infekcích kloubu).

**Povaha výkonu**

Výkon se provádí v lokální, svodné nebo celkové anestézii a spočívá v nastartování vhodných podmínek ke kostnímu zhojení kloubních ploch v příznivém postavení pro funkci končetiny. Při operaci jsou odstraněny zbytky chrupavek a kost upravena do tvaru zajišťující dostatečný kontakt ploch k prohojení při vytvoření správného postavení končetiny pro funkci. Případný kostní defekt je vyplněn kostním transplantátem odebraným z těla pacienta nebo z kostní banky. Po výkonu dochází ke zkratu končetiny v rámci milimetrů až centimetrů (v závislosti na velikosti kloubu).

Postavení srůstajících kostí je zafixováno pomocí titanových či ocelových implantátů, které mají zajistit nerušené hojení (tzv. osteosyntéza). K dispozici jsou zevní implantáty, které se ponechávají přes kůži, nebo vnitřně uložené dlahy, šrouby či hřeby.

Pooperačně je třeba udržovat zvýšenou polohu operované končetiny, a tak zmírňovat bolest a zmenšovat otok. Stehy se odstraňují za 2-3 týdny po operaci dle hojení rány.

Celková doba rekonvalescence je velmi závislá na hojení ran a rychlosti zhojení kostí. Zhojení s plnou zátěží je v případě absence komplikací možné za 4-6 měsíců od operace.

**Předpokládaný prospěch výkonu**

Umožnit zátěž a využití končetiny bez bolestí a vyloučit nebo alespoň zpomalit rozvoj degenerativního poškození dalších kloubů na dané končetině.

**Alternativa výkonu**

Konzervativní postup – ortézy, oblékačky kloubu, které neřeší příčinu a pouze tlumí symptomy.

**Možná rizika zvoleného výkonu**

Pravděpodobnost výskytu komplikací je přímo úměrná věku, přítomnosti přidružených chorob, rozsahu a druhu výkonu a dodržování individuálního léčebného režimu.

**Všeobecné komplikace:** krvácení během operace, prodloužené hojení rány, infekce rány, rozestup operační rány, odumření okrajů okolí, tvorba nevzhledných, keloidních jizev, alergická reakce na použité léky; riziko uzávěru žil dolních končetin u rizikových pacientů po větších výkonech.

**Komplikace místního znecitlivění:** alergické až toxické reakce.

**Specifické komplikace:** otoky operované končetiny, odumření kůže, trvalá bolestivost jizev, poškození šlach, nervů, cév. Při rozsáhlých výkonech může dojít ke vzniku algoneurodystrofického syndromu což je onemocnění provázené otokem a bolestmi končetiny. Porucha kostní hojení, selhání osteosyntézy, tvorba vazivové jizevnaté tkáně, novotvorba kostěných tkání v okolí operovaného kloubu, které mohou omezovat hybnost ostatních kloubů – všechny tyto komplikace si mohou vyžádat event. další operační zákrok.

**Následky výkonu**

Jizvy

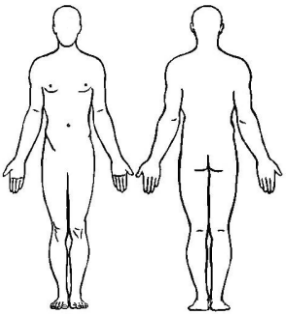
**Souhlas:****pozn. Vaši odpověď zakroužkujte:**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |     |    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|----|
| 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 |

**Stranový verifikační protokol** (vyplňuje lékař)

|                                                                                                |                                                                                                                     |                                                                                             |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Ověření lokalizace výkonu:</b>                                                              | <b>Orgán/část těla</b>                                                                                              | <b>Strana</b>                                                                               |
| Ověření dle ambulantní karty                                                                   | <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE                                                            | <input type="checkbox"/> Pravá <input type="checkbox"/> Levá <input type="checkbox"/> Jiné* |
| Ověření dle chorobopisu                                                                        | <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE                                                            | <input type="checkbox"/> Pravá <input type="checkbox"/> Levá <input type="checkbox"/> Jiné* |
| Ověření dle zobrazovacích metod                                                                | <input type="checkbox"/> RTG <input type="checkbox"/> UZ <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> Jiné: | <input type="checkbox"/> Pravá <input type="checkbox"/> Levá <input type="checkbox"/> Jiné* |
| Závěr (*v případě zaměnitelné úrovně, proveďte specifikaci místa výkonu – úroveň):             |                                                                                                                     |        |
| Orgán/část těla:                                                                               |                                                                                                                     |                                                                                             |
| <b>Lokalizace výkonu označena:</b>                                                             | <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE                                                            |                                                                                             |
| <b>Důvod neoznačení:</b>                                                                       |                                                                                                                     |                                                                                             |
| <input type="checkbox"/> zdravotní stav pacienta neumožňuje prodlevu péče potřebnou k označení |                                                                                                                     |                                                                                             |
| <input type="checkbox"/> pacient s označením nesouhlasí                                        |                                                                                                                     |                                                                                             |

|       |        |                                                              |
|-------|--------|--------------------------------------------------------------|
| Datum | Hodina | <b>Podpis pacienta</b> nebo zákonného zástupce (opatrovníka) |
|       |        |                                                              |

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

**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> | <b>Datum</b> | <b>Hodina</b> |
|                                                          |                                                |              |               |