

**Informovaný souhlas pacienta (zákonného zástupce pacienta) s odstraněním  
Dupuytrenovy kontraktury**

|                                                            |                                   |
|------------------------------------------------------------|-----------------------------------|
| 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:****Odstranění vazivově změněných pruhů dlaňové aponeurózy****Účel výkonu**

**Dupuytrenova kontraktura** je onemocnění charakterizované postupným vznikem pruhů a uzlů ve dlani a na prstech tvořených zbytnělou tkání dlaňové membrány. Postupně dochází k ohnutí prstů s omezením do natažení. Průběh je pomalý a funkční omezení nastává v rámci několika let.

Léčba je většinou operační s odstraněním všech kontrahujících pruhů, někdy je možno provést mini-invazivní ošetření s přerušením pruhů bez jejich odstranění.

**Povaha výkonu**

Klasická operace se provádí ve svodné nebo celkové anestézii, kdy se z různě uložených řezů ve dlani a na prstech odstraní změněná tkáň aponeurózy (hmatné uzly a pruhy) za současného šetření důležitých struktur (cévy, nervy, šlachy). V některých případech jsou nutné ještě další zásahy na kloubních pouzdech dlouhodobě ohnutých kloubů prstů, aby je bylo možno narovnat. Při nedostatku kožního krytu se provádí lalokový posun, nebo se použije kožní transplantát odebraný z jiného místa na těle. Na konci operace se rány zašíjí, někdy se mezi stehy vkládá drén. Výjimečně se operační rány ponechávají částečně nesešity.

Pooperačně je třeba udržovat zvýšenou polohu operované končetiny na 2-4 dny, a tak zmírňovat bolest a zmenšovat otok. Stehy se odstraňují za 2-3 týdny po operaci dle hojení rány a poté většinou následuje rehabilitace. Celková doba rekonvalescence je při nekomplikovaném průběhu 6-8 týdnů.

**Předpokládaný prospěch výkonu:**

Odstranění kontrahujících pruhů dlaňové aponeurózy (bolestivých uzlů a pohyb omezujících pruhů) a obnovení hybnosti postižených prstů.

**Alternativa výkonu**

Konzervativní terapie, dlahování, uvolňování jizev masážemi – vše s velmi malým efektem.

**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 ruky, odumření kůže, trvalou bolestivost jizev, poškození šlach, nervů, cév. Zvláště při opakovaných výkonech může dojít k poruchám prokrvení prstů či ruky, které může výjimečně vést až k nutnosti amputace prstu. Při operaci ruky v zanedbaném pokročilém stadiu onemocnění nelze očekávat plnou úpravu funkce ruky. Při rozsáhlých výkonech může dojít ke vzniku algoneurodystrofického syndromu což je onemocnění provázené otokem a bolestmi celé ruky. Protože nelze vždy odstranit veškerou postiženou tkáň, existuje riziko recidivy onemocnění, nebo jeho pokračování na dalších prstech postižené končetiny.

**Následky výkonu**

Jizvy v dlani a na prstech

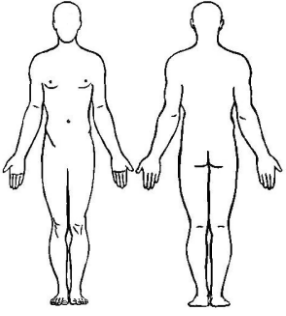
**Souhlas:****pozn. Vaši odpověď zakroužkujte:**

|                                                                                                                                                                                                                                        |     |    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|----|
| 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 |
| 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)

| Ověření lokalizace výkonu:                                                                                                                                | Orgán/část těla                                                                                                     | Strana                                                                                      |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| 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:                                                                                                                                          |                                                                                                                     |                                                                                             |
| Lokalizace výkonu označena: <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE                                                                      |                                                                                                                     |        |
| Důvod neoznačení:                                                                                                                                         |                                                                                                                     |                                                                                             |
| <input type="checkbox"/> zdravotní stav pacienta neumožňuje prodlevu péče potřebnou k označení<br><input type="checkbox"/> pacient s označením nesouhlasí |                                                                                                                     |                                                                                             |

|       |        |                                                       |
|-------|--------|-------------------------------------------------------|
| Datum | Hodina | Podpis pacienta nebo zákonného zástupce (opatrovníka) |
|       |        |                                                       |

|                                                |                                      |
|------------------------------------------------|--------------------------------------|
| Jméno a příjmení lékaře, který podal informaci | Podpis lékaře, který podal informaci |
|                                                |                                      |

**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 |
|                                                   |                                         |       |        |