

Informovaný souhlas pacienta (zákonného zástupce pacienta) s odstraněním ganglia zápěstí

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

Odstranění prostoru vyplněného rosolem

Účel výkonu

Gangliom zápěstí – jde o nezhoubné hmatné zduření na ruce nebo na zápěstí. Obsahují rosolovitou, čirou a viskózní tekutinu. Mohou být bolestivá při prvním výskytu či při přetížení.

Jde-li o malé neobtěžující ložisko, není často léčba nutná a gangliom může spontánně vymizet. V případě bolesti, omezení aktivit pacienta, nežádoucího kosmetického efektu je možné se pokusit o chirurgické odstranění.

Povaha výkonu

Cílem operace je odstranění ganglia spolu s odstraněním části kloubního pouzdra nebo šlachové pochvy odkud gangliom vyrůstá.

Operace se většinou provádí ambulantně v lokální anestezii. Po výkonu může být někdy doporučeno krátkodobé znehybnění ruky na dlazi. Pooperačně je třeba udržovat zvýšenou polohu operované končetiny, a tak zmírňovat bolest a zmenšovat otok. Stehy se odstraňují za 2 týdny po operaci dle hojení rány. Celková doba rekonvalescence se pohybuje cca 4 týdny od operace.

Přestože chirurgické odstranění je nejefektivnějším způsobem terapie, mohou se ganglia znovu objevit.

Předpokládaný prospěch výkonu:

Omezit bolesti, zlepšit funkci ruky či zápěstí, řešení kosmetického aspektu.

Alternativa výkonu

Konzervativní postup – punkce, nepřímé rozdrčení, aplikace kortikoidu, zklidnění na dlazi.

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.

Následky výkonu

Jizva

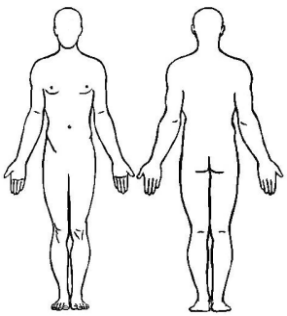
Souhlas:

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		
<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