

Informovaný souhlas pacienta (zákonného zástupce pacienta) s proximální karpektomií – odstraněním řady zápěstních kostí

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

**Proximální karpektomie
(odstranění řady zápěstních kostí)**

Účel výkonu

Eliminace bolestí způsobných artrotickými změnami v zápěstním kloubu odstraněním jedné řady kostí a vytvořením nového kloubu.

Povaha výkonu – léčebný

Jedná se o operační výkon, prováděný v bloku, nebo celkové anestézii.

Předpokládaný prospěch výkonu

Odstranění artroticky či jinak změněných kostí a zabránění další destrukce zápěstí.

Alternativa výkonu

Analgetika, rehabilitace či obstríky, dlouhodobé nošení ortézy. Ale tyto postupy jsou již většinou vyčerpány s nedostatečným efektem.

Následky výkonu

Dočasná bolestivost, otok, krevní výron v okolí rány, následně jizva. Omezení hybnosti zápěstí na cca 30-50 % původního rozsahu výkonu.

Možná rizika zvoleného výkonu

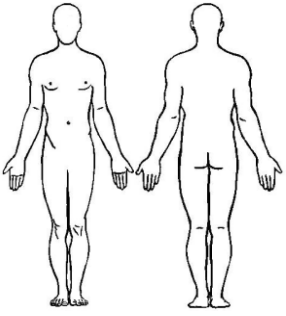
Rizika spojená s anestezií (z necitlivěním), riziko nezhojení operační rány, riziko vzniku infekce, která může vést až ke ztrátě končetiny, riziko poranění nervových a cévních striktur v oblasti operační rány.

Souhlas:

pozn. Vaši odpověď zakroužkujte:

Byl(a) jsem srozumitelně informován(a) o alternativách výkonu prováděných ve FN 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.	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	☐ ANO ☐ NE	☐ Pravá ☐ Levá ☐ Jiné*
Ověření dle chorobopisu	☐ ANO ☐ NE	☐ Pravá ☐ Levá ☐ Jiné*
Ověření dle zobrazovacích metod	☐ RTG ☐ UZ ☐ CT ☐ Jiné:	☐ Pravá ☐ Levá ☐ Jiné*
Závěr (*v případě zaměnitelné úrovně, proveďte specifikaci místa výkonu – úroveň):		
Orgán/část těla:		
Lokalizace výkonu označena: ☐ ANO ☐ NE		
Důvod neoznačení: ☐ zdravotní stav pacienta neumožňuje prodlevu péče potřebnou k označení ☐ 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