

**Informovaný souhlas pacienta (zákonného zástupce pacienta)
se sešitím šlach, cév a nervů končetin po poranění**

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**Sešití šlach, cév a nervů končetin****Účel výkonu**

Sešití šlach, nervů a cév je operační výkon jehož cílem je obnovení celistvosti, a tedy i funkce poraněných struktur.

Povaha výkonu

Výkon se provádí v lokální, svodné nebo celkové anestézii, kdy se pomocí jednoho a více řezů na kůži ozřejmí konce poraněných struktur a provede jejich sešití.

Většinou je po operaci nutná ještě přídatná stabilizace v podobě sádrové fixace na 1-6 týdnů – dle typu výkonu. 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 následné dlouhodobé rehabilitaci. Tento interval se pohybuje mezi 3-9 měsíci od operace, nenastanou-li komplikace.

Rychlost regenerace nervu je 1 mm/den + 6 týdnů na prohojení šitého místa.

Předpokládaný prospěch výkonu:

Obnovení celistvosti a funkce poraněných struktur.

Alternativa výkonu

Neexistuje

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 uzavěru 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. Pooperační otok může vést až rozvoji patologického otoku – tzv. kompartment syndromu, kdy může dojít k útlaku cév a k snížení prokrvení svalů s jejich následným odumřením – při nejkritičtějších průběhu může dojít až k nutnosti amputace končetiny.

V pooperačním období může dojít při předčasném či přílišném zatěžování k selhání šitých struktur, většinou šlach. Na druhou stranu dlouhodobá fixace zvyšuje riziko vzniku srůstů omezujících funkci končetiny a vyžadující následně operační uvolnění šlachy. Nedostatečné prohojení nervu může mít za důsledek nefunkčnost inervovaných svalů a necitlivost potažmo brnění inervované kůže. Dalším rizikem je vznik shluku nervové tkáně tzv. neuromu – vedoucího k bolestem a brnění v případě jeho podráždění dotykem.

Následky výkonu

Jízvy

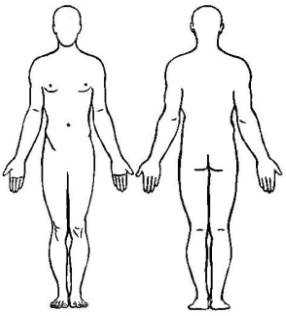
Souhlas:**pozn. Vaši odpověď zakroužkujte:**

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	☐ 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