

**Informovaný souhlas pacienta (zákonného zástupce pacienta)
s totální endoprotézou (TEP) lokte**

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**Totální endoprotéza (TEP) lokte**
(operativní náhrada loketního kloubu)**Účel výkonu**

Totální endoprotéza lokte – operační výkon jehož podstatou je náhrada funkce a zmírnění bolestí u loketního kloubu zničeného artrotickými změnami vzniklými bez jasné příčiny, při revmatických onemocněních či jako následek úrazu. Další možnou indikací je komplikovaná tříštivá zlomenina lokte, u které není možná rekonstrukce kloubu.

Povaha výkonu

Výkon se provádí v celkové či svodné anestezii a během výkonu je odstraněn zničený kloub a je nahrazen protézou. 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 je velmi závislá na hojení ran a rychlosti zhojení kostí. Plná zátěž v rámci definovaných limitací je možná za 3 měsíce od operace, nevyskytnou-li se v průběhu léčby komplikace.

Předpokládaný prospěch výkonu:

Umožnit limitovanou/běžnou zátěž lokte a zmírnění bolestí.

Alternativa výkonu

Konzervativní postup – ortézy, obstríky 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:

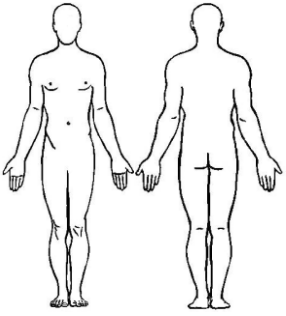
Byl(a) jsem srozumitelně informován(a) o alternativách výkonu prováděných ve Fakultní nemocnici Olomouc, ze kterých mám možnost volit.

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

<u>Stranový verifikační protokol</u> (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