

**Informovaný souhlas pacienta (zákonného zástupce pacienta)
s uvolněním loketního nervu (kubitální kanál, Guyonův kanál)**

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**Uvolnění loketního nervu****Účel výkonu**

Úžinový syndrom (úžinová tlaková neuropatie) je onemocnění periferního nervu charakterizované bolestí a poruchou funkce nervu (ve smyslu ztráty hybnosti či citlivosti) jako následek dlouhodobého tlaku na nerv. Tlak způsobuje omezení prokrvení nervu a tím zhoršení jeho výživy a následně funkce. Pokud nedojde k uvolnění nervu, hrozí jeho nevratné poškození s následkem tzv. denervačního syndromu pod místem útlaku (úplná ztráta funkce nervu se ztrátou cití a funkce příslušných svalů). Syndrom loketního tunelu se projevuje poruchou cití poloviny prsteníčku a malíku z dlaňové a hřbetní strany, poruchou ohýbání čtvrtého a pátého prstu a poruchou jemné motoriky ruky z důvodu poruchy funkce malých ručních svalů.

Povaha výkonu

Operace se provádí v celkové či blokové anestezii (umrtvení pouze končetiny), kdy je vizualizován nerv a v místě možných známých zúžení uvolněn od srůstů. Pooperačně je třeba udržovat zvýšenou polohu operované končetiny, a tak zmírňovat bolest a zmenšovat otok. Stehy se odstraňují za cca 10 dní od operace dle hojení rány. Celková doba rekonvalescence je cca 6 týdnů od operace, nenastanou-li obtíže.

Předpokládaný prospěch výkonu

Obnovení, respektive zlepšení prokrvení loketního nervu, a tím zlepšení funkce svalů a citlivosti v rozsahu co nejbližším normální funkci.

Alternativa výkonu

Konzervativní postup – léky od bolesti, rehabilitace či obstríky. Ale tyto postupy jsou již většinou vyčerpány s nedostatečným 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 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. Riziko recidivy jizvení.

V závislosti na míře poškození utlačovaného nervu je možné čekat i efekt výkonu operace – v případě těžkého poškození nervu s atrofií inervovaných svalů, bude efekt pouze limitovaný.

Následky výkonu

Jizvy

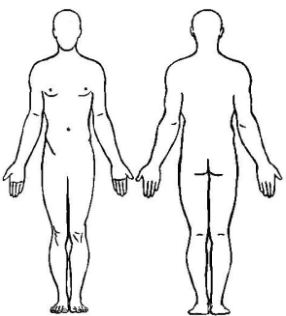
Souhlas:**pozn. Vaši odpověď zakroužkujte:**

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
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