INFORMOVANÝ SOUHLAS SE ZÁKROKEM

u zletilého a svéprávného pacienta

Informovaný souhlas s:	**Plánovaný výkon: Artroskopická operace ramenního kloubu**		
Pacient(ka) – jméno a příjmení:		Rodné číslo (číslo pojištěnce):	
Datum narození: (není-li rodné číslo)		Kód zdravotní pojišťovny:	
Adresa trvalého pobytu pacienta: (případně jiná adresa)			

Informující lékař:

Zdravotní výkon:	**Plánovaný výkon: Artroskopická operace ramenního kloubu**
1)	Poučení o účelu, povaze, předpokládaném prospěchu, následcích a možných rizicích zdravotních služeb, ● **cíl výkonu: Endoskopická operace ramenního kloubu (artroskopie, AS)** Naše oddělení je personálně a technicky vybaveno k provedení plánovaného výkonu. Tento výkon byl vybrán jako nejvhodnější vzhledem k povaze Vašeho onemocnění Indikace operace: Nejčastěji jde o řešení poruch tkání uvnitř ramenního kloubu. Možnosti a nutnost operace s Vámi projednal lékař před navržením tohoto výkonu. Důsledky operace: Přístup do kloubu je proveden malým vpichem a dovnitř je zavedena optická sestava (artroskop), široká asi jako tužka. Operační nástroj je zaveden druhým malým vpichem. Operujeme mikrochirurgickými nástroji. Kloub je naplněn tekutinou aby bylo možno prohlédnout celý vnitřní prostor kloubu a mohly být provedeny potřebné výkony. Neoddělitelnou součástí operace je dodržování speciálního pooperačního a rekonvalescentního režimu. Aby byla operace co nejméně bolestivá, používá se narkóza celková, částečná nebo svodné znecitlivění. O detailech způsobu narkózy Vás poučí anesteziolog před operací. Možné komplikace: Žádná operace není bez rizika komplikací. Někdy je nutné během operace přidat další výkony. Větší komplikací může být krvácení během nebo po operaci nebo infekce operační rány v pooperačním období. Málokdy se vyskytující jsou poruchy kůže nebo malých nervů. Mohou se také tvořit krevní sraženiny, které mohou vést k ucpání žil nebo tepen (trombóza, embolie). Důslednou prevencí se snažíme jakékoliv komplikace vyloučit. Ujišťujeme Vás, že celý tým našeho oddělení pracuje tak, aby se Vaše operace zdařila bez komplikací.
2)	Poučení o tom, zda navrhované zdravotní služby mají nějakou alternativu a pacient má možnost si zvolit z několika alternativ, údaje o vhodnosti alternativ, jejich přínosech a rizicích pro pacienta
3)	Údaje o možném omezení v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti po poskytnutí příslušných zdravotních služeb, lze-li takové omezení předpokládat, a v případě změny zdravotního stavu též údaje o změnách zdravotní způsobilosti,
4)	Údaje o léčebném režimu a preventivních opatřeních , která jsou vhodná, a o poskytnutí dalších zdravotních služeb
5)	Poučení o právu pacienta svobodně se rozhodnout o postupu při poskytování zdravotních služeb, pokud jiné právní předpisy toto právo nevylučují,
6)	Záznam o poučení pacienta, jemuž byl implantován zdravotnický prostředek, formou poskytnutí podrobné informace o implantovaném zdravotnickém prostředku podle zvláštního právního předpisu,

Pacient potvrzuje a svým podpisem stvrzuje, že poučení mu bylo výše uvedeným lékařem osobně, srozumitelně, ústně a v dostatečném rozsahu vysvětleno, že měl čas a možnost je uvážit, porozuměl mu a měl i možnost klást doplňující otázky, které se vztahují k jeho zdravotnímu stavu a navrhovaným zdravotním službám a tyto mu byly srozumitelně a v dostatečném rozsahu zodpovězeny a že již dříve byl seznámen se svým zdravotním stavem.

Pacient prohlašuje a svým podpisem stvrzuje, že výše uvedené údaje a opakované a srozumitelné poučení, zejména dle bodů 1) až 6) mu byly rovněž poskytnuty.

Místo podpisu:

Datum a čas:

Podpis lékaře: **Podpis pacienta:**

Varianta pro případ pacienta, který se nemůže podepsat nebo se odmítá podepsat:

Pacient odmítl podepsat informovaný souhlas. / Pacient se nemůže podepsat z důvodu, že:
(*například: schopnost jemných pohybů ruky a pevného ovládání prstů jsou viditelně podstatně omezeny*)

Pacient projevil svůj souhlas tak, že:
(*například: ústně potvrdil všechna jednotlivá prohlášení*)

Místo podpisu:

Datum a čas:

Podpis lékaře:

Jméno svědka:
(není-li svědek pracovníkem zdravotnického zařízení, uvede se adresa a datum narození svědka)

Podpis svědka: