



INFORMOVANÝ SOUHLAS SE ZÁKROKEM nezletilého a nezpůsobilého pacienta

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

Informující lékař:

Zdravotní výkon:	Plánovaný výkon: operace loketního kloubu, epicondylitis
1)	<p>Poučení o účelu, povaze, předpokládaném prospěchu, následcích a možných rizicích zdravotních služeb</p> <p>● cíl výkonu: Odstranění úponové bolestivosti na loketním kloubu</p> <p>Naše oddělení je personálně a technicky vybaveno k provedení plánovaného výkonu. Tento výkon byl vybrán jako nejvhodnější vzhledem k povaze Vašeho onemocnění</p> <p><u>Indikace operace:</u> Výkon je indikován k redukci úponové bolestivosti z dlouhodobého přetížení loketního kloubu. Možnosti a nutnost operace s Vámi projednal lékař před navržením tohoto výkonu.</p> <p><u>Důsledky operace:</u> Operace je nejčastěji prováděna v lokální anestezii s aplikací lokálního anestetika do operované oblasti, méně vhodná je anestézie celková – o tomto způsobu vedení operace by Vás poučil anesteziolog.</p> <p>Operační přístup je zvolen tak, aby poskytoval dostatečný prostor a přehled o postižené oblasti a zároveň co nejméně poškodil okolní měkké tkáně. Operační ránu budete mít krytu pouze sterilním obvazem, u tohoto typu výkonu není nutná pooperační fixace dlahou či ortézou.</p> <p><u>Možné komplikace: Žádná operace není bez rizika komplikací.</u> Někdy je nutné během operace přidat další výkony. Větší komplikací může být krvácení během nebo po operaci nebo infekce operační rány v pooperačním období. Málodky se vyskytující jsou poruchy kůže nebo malých nervů. Důslednou prevencí se snažíme jakékoliv komplikace vyloučit.</p> <p><u>Ujistíme Vás, že celý tým našeho oddělení pracuje tak, aby se Vaše operace zdařila bez komplikací.</u></p>
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

Zákonný/í zástupce/i potvrzuje/í a svým podpisem stvrzuje/í, že poučení mu/jim bylo výše uvedeným lékařem osobně, srozumitelně, ústně a v dostatečném rozsahu vysvětleno, že měl/i čas a možnost je uvážit, porozuměl/i mu a měl/i i možnost klást doplňující otázky, které se vztahují k zdravotnímu stavu pacienta a navrhovaným zdravotním službám a tyto mu/jim byly srozumitelně a v dostatečném rozsahu zodpovězeny a že již dříve byli seznámeni se zdravotním stavem pacienta.

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.

nebo

Důvod neposkytnutí údajů a opakovaných poučení dle bodů 1) až 6) :

Uvedení názoru nezletilého pacienta (pokud byl s ohledem na věk poučen) a uvedení názoru pacienta zbaveného způsobilosti k právním úkonům, případně důvody, pro které tyto názory nemohly být zjištěny.

Místo podpisu:

Datum a čas:

Podpis lékaře:

Podpis zákonného/ých zástupce/ů

Podpis pacienta (pro případ, že byl poučen)

Varianta pro případ kdy se zákonný/í zástupce/i / pacient, který byl poučen nemůže/ohou podepsat nebo se odmítá/ají podepsat

zákonný/í zástupce/i / pacient, který byl poučen odmítl/i podepsat informovaný souhlas/ se nemůže/hou podepsat z důvodu, že:
(například: *schopnost jemných pohybů ruky a pevného ovládní prstů jsou viditelně podstatně omezeny*)

zákonný/í zástupce/i /pacient, který byl poučen projevil/i 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, uveďte se adresa a datum narození svědka)

Podpis svědka: