



INFORMOVANÝ SOUHLAS SE ZÁKROKEM u zletilého a svéprávného pacienta

Informovaný souhlas s:	Plánovaný výkon: operace vbočeného palce, kladívkových prstů a vad souvisejících s poruchou nožní klenby		
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 vbočeného palce, kladívkových prstů a vad souvisejících s poruchou nožní klenby
1)	<p>Poučení o účelu, povaze, předpokládaném prospěchu, následcích a možných rizicích zdravotních služeb, ● cíl výkonu: korekce získané či vrozené vady na noze</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> Nejčastěji jde o řešení statických vad na dolní končetině. 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 nebo v kombinované anestezii, kdy je anestetikum aplikováno ve vyšší části dolní končetiny, o tomto způsobu vás poučí anesteziolog před operací. Operační přístup je zvolen tak aby poskytoval dostatečný prostor a přehled o postižené oblasti a zároveň co nejméně poškodil okolní měkké tkáně. Součástí operace může být korekce osy zánártních kostí, event. prstů na dolní končetině. Dle zvoleného typu operace může být jeho součástí i použití kovových fixačních materiálů k upevnění kostí a udržení dosažené korekce vady. V pooperačním období je u některých výkonů nutné použít i sádrový fixační obvaz.</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. 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.</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 nevyklučují,
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 ovládní 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, uveďte se adresa a datum narození svědka)

Podpis svědka: