



## INFORMOVANÝ SOUHLAS SE ZÁKROKEM u zletilého a svéprávného pacienta

|  |  |                                   |  |
|--|--|-----------------------------------|--|
| Informovaný souhlas s:                                     | <b>Plánovaný výkon: Totální endoprotéza kolenního kloubu</b> |                                   |  |
| Pacient(ka) –<br>jméno a příjmení:                         |  | Rodné číslo<br>(číslo pojištění): |  |
| Datum narození:<br>(není-li rodné číslo)                   |  | Kód zdravotní<br>pojišťovny:      |  |
| Adresa trvalého pobytu pacienta:<br>(případně jiná adresa) |  |                                   |  |

### Informující lékař:

|                  |   |
|------------------|---|
| Zdravotní výkon: | <b>Plánovaný výkon: Totální endoprotéza kolenního kloubu</b>  |
| 1)               | <p>Poučení o účelu, povaze, předpokládaném prospěchu, následcích a možných rizicích zdravotních služeb,<br/>● <b>cíl výkonu: Náhrada kolenního kloubu totální endoprotézou kolena (dále jen TEP)</b><br/>Naše oddělení je personálně a technicky vybaveno k provedení plánovaného výkonu. Tento výkon byl vybrán jako nejvhodnější vzhledem k povaze Vašeho onemocnění.<br/><u>Indikace operace:</u><br/>Řešení poškození kolenního kloubu. Možnosti a nutnost operace s Vámi projednal lékař před navržením tohoto výkonu.<br/><u>Důsledky operace:</u><br/>Jedná se o náhradu kolenního kloubu umělým kloubem – TEP. Výkon přináší některá trvalá omezení pro pacienta. TEP kolenního kloubu se skládá z náhrady dolního chrupavčitého povrchu stehenní kosti a horního chrupavčitého povrchu holenní kosti. Způsob upevnění jednotlivých částí je většinou s použitím kostního cementu. Máme dostatečnou možnost výběru různých částí a druhů TEP podle situace během operace pacienta. Většinou je nutná transfuze. 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.<br/><u>Možné komplikace: Žádná operace není bez rizika komplikací.</u><br/>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.<br/><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,   |



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:**