



INFORMOVANÝ SOUHLAS SE ZÁKROKEM u zletilého a svéprávného pacienta

Informovaný souhlas s:	Plánovaný výkon: operace selhání totální endoprotézy kloubu prstu		
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 selhání totální endoprotézy kloubu prstu
1)	<p>Poučení o účelu, povaze, předpokládaném prospěchu, následcích a možných rizicích zdravotních služeb, ● cíl výkonu: řešení selhání totální endoprotézy kloubu prstu (dále jen TEP) Naše oddělení je personálně a technicky vybaveno k provedení plánovaného výkonu. Tento výkon byl vybrán jako nejvhodnější vzhledem k povaze Vašeho onemocnění. <u>Indikace operace:</u> Selhání totální endoprotézy kloubu prstu. Možnosti a nutnost operace s Vámi projednal lékař před navržením tohoto výkonu. <u>Důsledky operace:</u> Jedná se o náhradu selhané totální endoprotézy kloubu prstu – TEP. Výkon přináší některá trvalá omezení pro pacienta. Tato operace je závažnější a rozsáhlejší než výkon předcházející. Máme dostatečnou možnost výběru různých částí a druhů TEP podle situace během operace pacienta, ale v některých případech je nutné TEP prstu úplně odstranit. U infekce je nutné zavést proplachovou drenáž. Neoddělitelnou součástí operace je dodržování speciálního pooperačního a rekonvalescentního režimu. Aby byla operace co nejméně bolestivá, používá se narkóza celková, částečná nebo svodné znečítlivění. O detailech způsobu narkózy Vás poučí anesteziolog před operací. <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 ucpaní žil nebo tepen (trombóza, embolie). Důslednou prevencí se snažíme jakékoliv komplikace vyloučit. <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: