

SVOBODNÝ A INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTA S VÝKONEM ARTROSKOPIE

Jméno, příjmení:

Datum narození/rodné číslo:

Bydliště: Kód ZP:

Důvod realizace tohoto zdravotního výkonu: Poškození struktur kolenního kloubu.

Vážená paní, vážený pane,

Váš ošetřující lékař Vám na základě Vašeho zdravotního stavu doporučil **ARTROSKOPII KOLENNÍHO KLOUBU**. Máte právo svobodně se rozhodnout o postupu při poskytování zdravotních služeb Vaší osobě, pokud jiné právní předpisy toto právo nevylučují. K provedení navrhovaného vyšetření je potřeba Vašeho souhlasu.

Druh a povaha výkonu:

Artroskopie je mini invazivní výkon, na jehož základě lze diagnostikovat a ošetřit poškození a onemocnění kolenního kloubu, konkrétně poškození menisků a postranních a zkrřížených vazů, defektů chrupavek, nitrokloubních zlomenin, poruch femoropatelárního kloubu.

Účel a předpokládaný prospěch výkonu:

Odstranění obtíží.

Příprava k výkonu:

Pacient přichází k výkonu na lačno (nejíst, nepít, nekouřit od 6 hodin ráno). Pravidelně užívané léky nevysazovat. Po propuštění je nutné zajistit si odvoz.

Průběh výkonu:

Výkon se provádí v celkové anestézii, informace poskytne anesteziolog při vizitě anesteziologa. Nejprve je nutná předoperační příprava (umístění pacienta na operační stůl, upevnění operované končetiny do speciálního držáku, desinfekce kůže a zarouškování kloubu). Následně začíná vlastní výkon. Z malého (0,5 cm) řezu je otevřen kloub a je do něj zavedena kamera (artroskop), kloub je následně naplněn tekutinou a pomocí artroskopu se prohlédnou struktury v kloubu (např. chrupavky, menisky, vazy). Následně se z druhého (event. dalších) malého řezu zavádějí do kloubu artroskopické nástroje, kterými se ošetřují nalezená poškození. Po ukončení vlastního výkonu se kloub vypláchne a vypustí se z něho tekutina. Pomocí kožních stehů se zašijí vstupy, které se následně sterilně kryjí, nakonec je operovaná končetina zabandážována elastickým obinadlem.

Předpokládaná doba hospitalizace:

Po výkonu odcházíte do domácího ošetření den po operaci mezi 07:00 hod a 08:00 hod.

Možná rizika, komplikace a následky výkonu:

Žádný operační výkon není bez rizika, u každého operačního výkonu jsou rizikem zejména alergická reakce, infekce, porucha hojení, rozestup operační rány, závažná krevní ztráta, porucha funkce některé končetiny, porucha mozku, srdeční zástava, smrt. Dále pozdní reakce na anestetikum (zvracení, bolesti hlavy v pooperačním průběhu). I přes velkou opatrnost může dojít k níže uvedeným komplikacím. Infekce kloubu, alergická reakce na použítá anestetika, pooperační trombembolie, drobná poškození chrupavek operačními nástroji, vzácně poranění větších cév (s tím související komplikace z podání krevní transfuze) a poranění nervů, poranění drobných kožních nervů v místě vstupů.

Alternativy výkonu:

Výkony je možné provádět z artrotomie (otevření kloubu z většího přístupu). Z tohoto přístupu ale nelze prohlédnout všechny struktury oper. kloubu – běžně se neprovádí. Artrotomie může ale doplnit artroskopický výkon – mozaikoplastika, reinzerce zkřížených vazů, repozice osteochondrální fraktury.

Omezení v obvyklém způsobu života a pracovní schopnosti:

Závisí na typu poškození a provedeném výkonu, pohybuje se v rozmezí 6 týdnů.

Následný léčebný režim, preventivní opatření a kontrolní zdravotní výkony:

Pokud se objeví nezvyklé bolesti, poruchy hybnosti, nepříjemné pocity nebo změna barvy a teploty kůže informujte co nejdříve svého lékaře. Po operaci je nutné používat pro chůzi podporu (např. podpažní berle). Zatěžujte operovanou končetinu jen v takové míře, jak Vám lékař doporučí.

Prohlášení lékaře:

Prohlašuji, že jsem výše uvedeného pacienta srozumitelným způsobem informoval o plánovaném výkonu včetně upozornění na možná rizika, komplikace a veškeré výše uvedené informace byly poskytnuty pacientovi s mým nejlepším vědomím a svědomím.

Ve Zlíně dne:**Jmenovka a podpis lékaře:****Souhlas pacienta:**

Já, níže podepsaný/á, prohlašuji, že jsem byl/a lékařem v klidu a dostatečném časovém prostoru, srozumitelně informován/a o svém zdravotním stavu, navrhovaném výkonu a jeho prospěchu, včetně upozornění na možná rizika a komplikace. Byl/a jsem informován/a o léčebném režimu po výkonu a vhodných preventivních opatřeních. Byla mi sdělena a vysvětlena alternativní možnost léčby. Byly mi poskytnuty informace pro případ změny zdravotního stavu a údaje o možných změnách zdravotní způsobilosti. Byl/a jsem poučen/a o svém právu svobodně se rozhodnout o postupu při poskytování zdravotních služeb, pokud toto mé právo není omezeno zákonem stanoveným důvodem. Informacím jsem plně porozuměl/a. Byla mi dána možnost klást doplňující dotazy, které mi byly řádně a dostatečně zodpovězeny.

Na základě poskytnutých informací a po vlastním zvážení svobodně a výslovně souhlasím s výše uvedeným výkonem.

Prohlašuji, že moje čeština je na takové úrovni, že jsem vše pochopil/a.

Ve Zlíně dne: **Podpis pacienta (zákonného zástupce):****Identifikace zákonného zástupce:****Jméno a příjmení:****Datum narození:** **Vztah k pacientovi:**