

## Informovaný souhlas s operačním výkonem



Jméno a příjmení: ..... Rodné číslo: ...../.....

Adresa trvalého bydliště : ..... Pojišťovna : .....

**Potvrzuji, že jsem pacientovi, případně jednomu z rodičů nebo zákonnému zástupci, vysvětlil povahu a způsob provedení operace, způsob znecitlivění a pravděpodobný pooperační průběh, včetně rizika možných komplikací a včetně případných pooperačních omezení, a to tak, aby tyto informace byly dle mého názoru této osobě dostatečně srozumitelné.**

.....  
Datum

.....  
Podpis svědka

.....  
Razítko a podpis lékaře

*Pozorně si prosím přečtěte následující informace! V případě, že jim dostatečně nerozumíte, nebo budou tyto informace pro Vás nedostatečné, požádejte Vašeho lékaře o jejich dodatečné vysvětlení. Zkontrolujte správnost všech údajů a pokud jste informacím porozuměl(a), vyjádřete souhlas s operací svým podpisem.*

Vážená paní, vážený pane,

na základě předchozího vyšetření a konzultací Vám byla nabídnuta operace, která by Vaše obtíže měla odstranit nebo alespoň zmenšit, Účelem tohoto souhlasu je poskytnuta Vám dodatečné informace, které umožní Vaše kvalifikované rozhodnutí, zda tuto operaci podstoupíte či nikoliv. Jedná se o následující výkon:

### Dekomprese karpálního tunelu

**Princip operace je velmi jednoduchý. V místním znecitlivění, aplikovaném injekční jehlou přímo k místu zákroku, se z krátkého podélného řezu ve dlaní protne příčný vaz v oblasti zápěstí, pod kterým prochází stísněný nerv (nervus medianus). Dojde tak k uvolnění všech stísněných struktur karpálního tunelu, tedy i k uvolnění tísněného nervu. Někdy se k výkonu připojuje ještě odstranění zbytných šlachových obalů v prostoru tunelu (synovektomie).**

*Velmi brzo (první či druhý pooperační den) je možno očekávat výraznou úlevu. Ostatní potíže by měly vymizet do několika týdnů až měsíců v závislosti na tom, jak pokročilé bylo postižení nervu před operací. Je-li již nerv nevratně postižen, k plnému návratu funkce a citlivosti ruky nemusí dojít.*

Žádný lékař ani pracoviště Vám nemůže garantovat nekomplikovaný průběh operace a pooperační rekonvalescence. Komplikace během operace a po ní se v určitém, i když velmi malém, procentu vyskytují a je tedy nutné, abyste si těchto možných komplikací byl(a) vědom(a). Lze říci, že pravděpodobnost výskytu komplikace je přímo úměrná přítomnosti rizikových faktorů. Těmi mohou být pokročilý věk, přítomnost dalších onemocnění (diabetes mellitus, ateroskleróza, onemocnění srdce a plic atd.), nesprávná životospráva (obezita, kouření) a větší rozsah operačního výkonu. Vyšší riziko komplikací mají samozřejmě pacienti, nedodržující pokyny lékaře.

Mezi **všeobecné** komplikace, hrozící obecně při jakékoliv operaci, patří krvácení během operace a po ní, infekce, roztržení operační rány, prodloužené hojení rány, tvorba hypertrofických až keloidních jizev, alergická reakce na desinfekci, použitá léčiva nebo na šicí a obvazový materiál. Při vážných komplikacích může být nutná opakovaná operace

Mezi **specifické** komplikace dekomprese karpálního tunelu zařazujeme vzácné poškození nervu nebo jeho drobných větví, způsobující poruchu kožního cití nebo hybnosti palce, bolestivost jizvy dlaně nebo vznik algodystrofického syndromu (Sudeckův syndrom), což je onemocnění, provázené výrazným otokem a bolestmi celé ruky. Tato komplikace pak vyžaduje i několikaměsíční intenzivní léčbu a neléčena může způsobit trvalé postižení ruky. Vyloučit nelze ani recidivu obtíží při nadměrném jizvení a tvorbě srůstů v místě zákroku. Po operaci také někdy pozorujeme zhoršení chronického zánětu šlachových obalů, které se může projevit jako omezení pohyblivosti prstů a bolesti při jejich pohybu.

Komplikace při a po operaci se mohou objevit i přes naši maximální možnou snahu jim zabránit. Většina komplikací je však řešitelných. Tato informace jistě nemůže být vyčerpávající. Ptejte se proto, prosím, svého ošetřujícího lékaře nebo operátora na všechno, co Vás ve vztahu k plánovanému operačnímu výkonu ještě zajímá. I sebelépe provedeným výkonem nelze splnit nerealistická očekávání.

### PROSÍM PTEJTE SE NA VŠECHNO, CO SE VÁM ZDÁ DŮLEŽITÉ !

**Prohlašuji, že mi byl náležitě a srozumitelně objasněn důvod operace, způsob jejího provedení včetně umístění řezů, rozsah vlastního chirurgického zákroku a předpokládaný vzhled budoucích jizev. Poučení jsme pochopil(a) a jsem si vědom(a) možných komplikací. Souhlasím s plánovaným operačním výkonem.**

V Kroměříži dne .....

.....  
Podpis pacienta(ky)