

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

Určeno pacientovi:

Pozorně si prosím přečtete 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:

Operace kladívkové deformity prstu nohy

Kladívkový prst (digitus hamatus) je častou deformitou nohy. Zpravidla bývá v komplexu tzv. „statické deformity přednoží“. Vzniká důsledkem poklesu příčné klenby a přetížením přední partie nohy. Často dochází ke zkrácení šlachy natahovače příslušného prstu, mění se postavení prstu, tlakem obuvi vzniká otlak na kůži i zhrubění na kosti. Postupně vznikají degenerativní změny, zejména na mezičláňkových kloubech prstu. Při dlouhodobé bolesti, větší deformitě a po selhání konzervativních způsobů léčby doporučujeme **operační řešení**.

Samotná operace se provádí v lokální anestezii, pouze pokud je kombinována s operačním výkonem na palci nohy (což bývá poměrně často), pak provádíme lokální anestezii s tzv. analgosedací, popřípadě v anestezii celkové.

Dle konkrétního nálezu, věku pacienta a závažnosti deformity prstu volíme typ operačního zákroku. Při operaci odstraníme bolestivý kožní otlak („kuří oko“) a odstraníme část základního článku příslušného prstu. Po operaci je prst vždy mírně zkrácen. Pooperační rekonvalescence a doba do plné zátěže nohy je odvislá od použitého typu operace a pohybuje se v rozmezí 3-6 týdnů při nekomplikovaném průběhu.

Žádný lékař ani pracoviště Vám nemůže garantovat nekomplikovaný průběh operace a pooperačního 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 **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 šicí a obvazový materiál. Při vážných komplikacích může být nutná opakovaná operace.

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 nerealistické 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)