

*Informovaný souhlas pacienta s výkonem***Artroskopie kyčelního kloubu**

- Pravá dolní končetina**
- Levá dolní končetina**

Identifikační štítek
pacienta**Vážená paní, vážený pane,**

vzhledem k tomu, že se jako osoba plně svéprávná podílíte významným způsobem na diagnostickém a léčebném postupu navrženém u Vaší osoby, máte právo být před Vaším rozhodnutím o těchto postupech podrobně informován/a. Na základě Vašeho aktuálního zdravotního stavu Vám byla lékařem doporučena artroskopická operace kyčelního kloubu – artroskopie.

Účel výkonu a jeho průběh:

Artroskopické vyšetření a ošetření kyčelního kloubu je metoda, která se na našem oddělení považuje již za standardní operační výkon. Jedná se o metodu výrazně šetřící kyčelní kloub. Umožňuje pomocí speciální optiky a televizní kamery prohlédnout celý kloub a podle nálezu pokračovat v artroskopickém operačním výkonu. Je to endoskopická metoda jak diagnostická tak operační. Rozsah operačního zákroku vychází z předoperační diagnózy a také z přímého nálezu při probíhající artroskopii. Artroskopie kyčle se na našem oddělení provádí v celkové anestezii s končetinou na trakci. Proto je nutné před operací interní předoperační vyšetření, výsledky krevního obrazu, biochemické vyšetření. Artroskopie kyčle se provádí v přísně aseptickém prostředí na operačním sále. Optika artroskopu se zavádí z jednoho miniřezu na boku, z dalšího jednoho nebo dvou miniřezů se zavádí speciální artroskopické nástroje. Po skončení artroskopie kyčle se zavádí původním miniřezem odsavný drén.

Rizika a možné důsledky výkonu:

Rizika artroskopie jako operačního výkonu nejsou velká, jedná se převážně o komplikace charakteru tromboembolické nemoci /v prevenci podáváme LMWH – viz níže/, dalším rizikem je samozřejmě zanesení infekce do operovaného kloubu.

Mezi specifická rizika patří hlavně komplikace související s trakcí (tlak válce u hráze může způsobit dočasně snížený cit v okolí hráze a pohlavního ústrojí, při dlouhodobém tlaku i útlak povrchu kůže. Byla popsána i nekróza kůže).

Alternativy výkonu:

Pokud jste již do rukou dostali tento informovaný souhlas, pak již Váš ošetřující lékař seznal, že konzervativní terapie v léčení Vašich potíží není účinnou a efektivní alternativou k výkonu.

Konzervativní terapie jako RHB, obštriky apod. neodstraní mechanickou příčinu, která Vám činí potíže.

Možná omezení způsobu života a pracovní schopnosti:

Návrat do domácí péče je podle závažnosti nálezu možný za 2 - 10 dnů, pracovní neschopnost se pohybuje v průměru kolem 2 - 4 týdnů.

Léčebný režim a preventivní opatření:

Po artroskopii zůstává pacient v nemocnici na lůžku a následuje další péče, včetně intenzivní rehabilitace. Po operaci se k odlehčení operované končetiny používají francouzské berle a postupně se zvyšuje zátěž operovaného kloubu. Jako prevence trombembolické choroby se standardně používají různé preparáty charakteru LMWH /nízkomolekulárních heparinů/.

PROHLÁŠENÍ

Já, níže podepsaný,

tímto prohlašuji, že jsem byl poučen uvedeným lékařem o svém zdravotním stavu a výkonech, které jsou třeba v rámci řádné péče o mé zdraví. Prohlašuji, že mi bylo zdravotnickým pracovníkem **sděleno a vysvětleno:**

- Účel, povaha a předpokládaný přínos výkonu nebo služby
- Předpokládané důsledky, následky a možná rizika zdravotního výkonu
- Zda existuje jiná alternativa kromě navržené zdravotní služby či výkonu, jaký je její možný přínos, důsledky a rizika a byl jsem poučen o možnosti volby
- Možné omezení v obvyklém způsobu života, v pracovní schopnosti, zdravotní způsobilosti po poskytnutí zdravotní služby či výkonu.

Prohlašuji:

- že mi bylo umožněno, abych lékař, který mi podával vysvětlení, **kladl doplňující otázky**, které mi řádně zodpověděl.
- že jsem podaným informacím a vysvětlením plně porozuměl, poučení považuji za **dostatečné a nemám žádných dalších otázek**.
- na základě své svobodné vůle a na základě poskytnutých informací vyslovuji svůj **svobodný, informovaný souhlas**.
- souhlasím, aby v případě výskytu neočekávaných komplikací, vyžadujících neodkladné provedení dalších výkonů, nutných k záchraně mého života či zdraví, byly tyto provedeny.

V Kroměříži dne hod.

.....

Podpis pacienta / zákonného zástupce

.....

Podpis lékaře + razítko

.....

Podpis svědka