

*Informovaný souhlas pacienta s výkonem*

## **Extrakce kovového materiálu**

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

Identifikační štítek  
pacienta

**POPIS** - lokalizace, strana, charakter: .....

.....

.....

.....

.....

### **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 extrakce kovového materiálu

### **Účel výkonu a jeho průběh:**

Při ortopedických operacích používáme osteosyntetický materiál ( dlahy, šrouby, dráty, hřeby, zevní fixace). Tento materiál se používá při řešení traumat, ale i při léčbě ortopedických onemocnění - např. korekční osteotomie, dézy (ztužení kloubu postiženého nejčastěji degenerativním procesem). Po zhojení kosti je vhodné, nebo někdy nutné, osteosyntetický materiál odstranit. Většinou se používá kožní přístup stejný jako při původní operaci. Některé typy operací vyžadují použití rtg zesilovače k peroperační kontrole zlomeniny a zavádění osteosyntetického materiálu.

### **Rizika a možné důsledky výkonu:**

Infekce v operační ráně, prodloužené hojení, dočasný otok, refraktura, Hluboká žilní trombóza operované končetiny s plicní embolizací, poranění okolních struktur v místě výkonu

### **Alternativy výkonu:**

Alternativou je ponechání materiálu v těle, které ale nedoporučujeme pro komplikace z dráždění ponechaného materiálu po dobu, po kterou již příslušný materiál neplní původní funkci.

### **Možná omezení způsobu života a pracovní schopnosti:**

Po odstranění osteosyntetického materiálu na dolních končetinách doporučujeme určitou dobu operovanou končetinu odlehčovat s pomocí berlí, aby se zhojená kost mohla přizpůsobit změně zátěže.

### **Léčebný režim a preventivní opatření:**

U rizikových pacientů (věk, interní onemocnění, varixy dolních končetin) podáváme preventivně účinné antitrombotické preparáty, které výskyt této komplikace výrazně snižují.

## **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**