

*Informovaný souhlas pacienta s výkonem*

**Uvolnění šlach palce ruky - De Quervainova nemoc**

- Pravá horní končetina**
- Levá horní 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 bylo lékařem doporučeno operační uvolnění šlach palce ruky.

**Účel výkonu a jeho průběh:**

Jako de Quervainovu nemoc označujeme bolestivé postižení šlach palcové strany zápěstí v oblasti bodcovitého výběžku vřetenní kosti. Jedná se o postižení natahovače a odtahovače palce ruky. Po neúspěchu konzervativní (neoperační) terapie je jedinou možností operační zákrok. V lokální anestezii protínáme šlachové obaly a uvolňujeme tak obě šlachy palce, které onemocnění způsobují. Následuje zašití kůže. Stehy odstraňujeme cca 10. den po operaci.

**Rizika a možné důsledky výkonu:**

Infekční komplikace místní i celkové, tromboembolické komplikace a komplikace dané celkovými onemocněními pacienta. Taktéž je možná alergická reakce na kterýkoliv z podávaných léků či desinfekcí. V rámci dostupných možností je prováděna důkladná prevence těchto komplikací. Nicméně při jejich prudkém průběhu mohou vést k trvalým následkům či až úmrtí pacienta.

**Alternativy výkonu:**

Opakování konzervativní terapie. Léčba bez operace, je s rizikem trvalých následků, omezení funkce a svalové síly, předpoklad snížení motoriky a nárůstu bolestivosti.

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

Tato jsou dána rozsahem operačního zákroku, je pravděpodobné dočasné omezení pohybu či nutnost odlehčení končetiny. Výkon je prováděn s cílem zlepšení funkčnosti celé končetiny, je však vždy limitován již přítomnými degenerativními změnami.

**Léčebný režim a preventivní opatření:**

Pooperačně vhodné časně cvičení palcem a zápěstím s postupným zvyšováním zátěže. Doléčení bude probíhat ambulantně za pravidelných kontrol ošetřujícího lékaře.

# 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 lékaři, 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**