

*Informovaný souhlas pacienta s výkonem*

## **Operace Dupuytrenovy kontraktury**

- 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 byla lékařem doporučena operační léčba Dupuytrenovy kontraktury.

### **Účel výkonu a jeho průběh:**

Účelem výkonu je odstranění ztlustělé dlaňové fascie (vazivový obal svalů), která postupně způsobuje kontrakturu (zkrácení) jednotlivých prstů. Přesná příčina onemocnění není známa. U lehčího onemocnění stačí kožní řez v dlani, pokud kontraktura zasahuje na prsty, provádíme řezy zasahující až na prsty, dle postižení. Postupně odpreparujeme a extrahujeme ztlustělou fascii, čímž dojde k uvolnění kontraktur. Po operaci přikládáme dlahu.

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

Infekce v operační ráně. Prodloužená doba hojení. Dočasný otok a omezení hybnosti prstů. U rizikových pacientů (věk, interní onemocnění, varixy dolních končetin) podáváme preventivně účinné antitrombotické preparáty, které výskyt této komplikace výrazně snižují /viz níže LMWH/.

### **Alternativy výkonu:**

Výkon doposud nemá stanovenou žádnou alternativu, kterou bychom Vám mohli nabídnout, pouze operační řešení. Odkládáním operačního zákroku dojde k postupné kontraktuře prstů do ohybu a nebude možné již ten prst operačně narovnat, v těchto případech v krajním případě je indikována amputace prstu.

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

Končetinu je během hojení nutno ponechat v klidu a udržovat v čistotě a suchu. Doba léčení trvá cca 4 týdny.

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

Po extrakci stehů následuje rehabilitace, která trvá cca 2 týdny. Jako prevence tromboembolické 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 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**