

Informovaný souhlas pacienta s výkonem

Operace prepatellární burzitidy

- 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 operační léčba prepatellární burzitidy.

Účel výkonu a jeho průběh:

Jedná se o zánět burzy (tíhového vaku snižující tření měkkých tkání) na přední ploše kolena. Jedná se o zánět z přetížení či v důsledku infekce. Při neúspěšnosti konzervativní terapie je doporučováno operační řešení z důvodu vyvarování se dalších negativních důsledků tohoto onemocnění na zdraví pacienta. Operace se provádí v místní či celkové anestezii, kdy vypreparujeme a odstraníme zanícený váček s dočasně zavedeným gumovým drénem. Po operaci se 2. den odstraňuje drén, stehy odstraníme za 10-12 dní od operace.

Rizika a možné důsledky výkonu:

Porucha hojení operační rány, infekce v operační ráně, recidiva burzy. Dočasné omezení hybnosti kolene pro otok. K nejdůležitějším pooperačním komplikacím patří hluboká žilní trombóza operované končetiny s plicní embolizací. 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:

Opakovat konzervativní postup se znehybněním lokte a případnou aplikací zklidňujících injekcí do burzy. Kryoterapie - chlazení.

Možná omezení způsobu života a pracovní schopnosti:

Možná krátká imobilizace kolena (= znehybnění k umožnění zhojení rány). Plná zátěž je možná většinou za 3-5 týdnů, dle povahy postižení a náročnosti operace.

Léčebný režim a preventivní opatření:

Pooperačně je třeba udržet ránu v klidu a čistém suchém prostředí. 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 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