

Informovaný souhlas pacienta (zákonného zástupce) s operativní léčbou DeQuervainovy choroby

Jméno a příjmení pacienta

(*titul, jméno, příjmení*).....

Rodné číslo..... /

Bydliště.....

Číslo zdravotní pojišťovny.....

(nutné vyplnit čitelným písmem, nebo nalepit štítek pacienta s osobními údaji)

Vážený pane, vážená paní,

cílem informovaného souhlasu je seznámit Vás ve stručnosti se zákrokem, který Vám byl doporučen a poučit Vás o průběhu a možných komplikacích tohoto výkonu a režimových opatření, která Vás čekají po něm. Zároveň žádáme o podpis, že s operací souhlasíte a že jste byli se vším srozuměni. Případné doplňující otázky vám rádi zodpoví lékaři našeho oddělení.

Důvody (indikace) operačního výkonu: 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.

Metodika operační léčby: 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. Pooperačně vhodné časné cvičení palcem a zápěstím s postupným zvyšováním zátěže. Doléčení bude probíhat ambulantně za pravidelných kontrol ošetřujícího lékaře.

Komplikace operačního 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 život ohrožujícím komplikacím.

Prohlášení lékaře

Prohlašuji, že jsem výše uvedeného pacienta (zákonného zástupce) srozumitelným způsobem informoval o plánovaném vyšetření, léčebném postupu a to včetně upozornění na možné komplikace. Pacient byl též seznámen s plánovaným způsobem sedace, bude-li použita.

Jméno lékaře.....

Podpis..... Datum:

Souhlas pacienta

Já níže podepsaný, prohlašuji, že jsem byl lékařem srozumitelně informován o plánovaném léčebném postupu včetně upozornění na možné komplikace. Byly mi zodpovězeny mé doplňující dotazy. Na základě poskytnutých informací a po vlastním zvážení souhlasím s provedením léčebného postupu výkonu

Jméno pacienta/zák. zástupce..... PodpisDatum: