

Informovaný souhlas pacienta s operačním výkonem

Operace Dupuytrenovy kontraktury

Jméno, příjmení:	
Datum narození:	
Bydliště:	
Číslo zdravotní pojišťovny:	

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 nezadatelné právo být před Vaším rozhodnutím o těchto postupech podrobně informován/a.

Na základě Vašeho aktuálního zdravotního stavu, Vám byla lékařem doporučeno operační řešení Dupuytrenovy kontraktury.

Co je Dupuytrenova kontraktura:

Jde o dědičné onemocnění, známé široké veřejnosti pod lidovým názvem „zkracování šlach“, jehož podstatou je vznik tuhých a bolestivých vazivových uzlů a pruhů v dlani, jež mohou postupně vést ke zkracování prstů. Zákeřnost onemocnění spočívá v pomalém a nenápadném zhoršování, v jehož důsledku může být promarněna doba nejvhodnější k operační léčbě.

Jaký je důvod (indikace) tohoto výkonu:

Důvodem je vznik bolestivých a tuhých uzlů v dlani znemožňující úchop nebo jinak nepříjemnější každodenní běžnou aktivitu a v případě, že dojde ke zkracování prstů, které nelze plně natáhnout.

Alternativy výkonu:

Adekvátní alternativa léčby Dupuytrenovy kontraktury není zatím známa.

Jaký je režim pacienta před výkonem:

O režimu před výkonem budete informován/a po přijetí na oddělení.

Jaký je postup při provádění výkonu:

Operace je prováděna na operačním sále. Po uložení na operační stůl Vám bude aplikována anestezie, o které budete informován/a anesteziologem. Aby se zabránilo krvácení během operace, provádí se tato operace při zaškrcení horní končetiny manžetou. Poté různě vedenými řezy ve dlani či na prstech se chirurgicky odstraní postižená tkáň (hmatné uzly a pruhy). Při dlouhodobém omezení hybnosti prstů dojde ke zkrácení kloubních vazů a během operace je nutno tyto kontraktury uvolnit, aby bylo možno prsty narovnat. Při nedostatku kožního krytu se provede místní lalokový posun, případně je někdy výjimečně nutno použít kožní transplantát odebraný z jiného místa na těle. Pooperačně je nutná zvýšená poloha (elevace) operované končetiny, která zmírňuje bolest a zmenšuje otok.

Jaké jsou možné komplikace a rizika:

Jako každý operační zákrok je i tato operace spojena s rizikem komplikací. Zde je uveden výčet nejběžnějších komplikací:

- Nevolnost, zvracení, bolesti hlavy.
- Krvácení, poranění nervů.
- Infekce operační rány a rozpad operační rány.
- Otok v oblasti výkonu až rozvoj tzv. algodystrofického syndromu (Sudeckuv syndrom), což je onemocnění, provázené výrazným otokem a bolestmi celé ruky.
- Vznik krevních podlitin.
- Odumření části tkáně v dlani.
- Porucha prokrvení a citlivosti prstů.
- Alergie na léky nebo dezinfekční roztok – kopřivka se svěděním kůže, dechové obtíže, slabost, pokles krevního tlaku až šokový stav s celkovým otokem těla.
- Bolest v jizvě, nevzhledné jizvy, ztráta citlivosti okrsku kůže v dlani či na prstech, výjimečně může dojít i k odumření prstu na podkladě nedostatečného prokrvení (vyžaduje pak další operační zákrok v podobě amputace prstu).
- Poškození kožních nervů, které je většinou reverzibilní (vratné). Důsledkem jejich poškození bývá brnění a omezená citlivost prstů nebo dlaně, převážně dočasné nebo výjimečně i trvalé.
- Zánět hlubokých žil – trombóza, event. embolizace – vmetky krevních sraženin do plic.
- Kardiovaskulární komplikace – poruchy srdečního rytmu, srdeční slabost, infarkt myokardu, cévní mozková příhoda.

- Zánět plic a dýchacích cest.
- Poruchy močení v souvislosti s typem podané anestézie.
- S odstupem měsíců a let může dojít k recidivě onemocnění s opětovným nárůstem uzlů a zkracováním prstů, jež si vyžádá další operaci.

Nelze ani jednoznačně vyloučit, že dojde k tak závažné změně zdravotního stavu či komplikaci, která povede k další operaci nebo až k úmrtí pacienta. Dále nelze vyloučit ani výskyt ojedinělých a vzácných komplikací, které nejsou součástí tohoto výčtu.

Jaký je režim pacienta po provedení výkonu:

Pooperační léčba a rekonvalescence navazuje bezprostředně na operační výkon. Pacient je po operaci přeložen zpět na ortopedické oddělení. Součástí operace je přiložení dlahy, která je pacientovi ponechána až do ambulantního ošetřování. Opakovaně jsou prováděny převazy, časně bývá zahájena rehabilitace. Stehy odstraňujeme od 10 - 21 pooperačního dne, tedy v době, kdy již je pacient převeden do ambulantní péče. Nezbytným předpokladem optimálního funkčního i kosmetického výsledku operace je spolupráce pacienta, dodržování všech doporučení ošetřujícího personálu potažmo respektování zásad léčebného procesu včetně užívání medikamentů a dodržování termínů kontrol, převazů i rehabilitací. Omezení v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti je u každého pacienta individuální, a to s přihlédnutím k povaze onemocnění, hojení a společenskému a pracovnímu zapojení po zákroku. Jednotlivá omezení s Vámi po provedení zákroku probere lékař.

Předpokládaný prospěch výkonu:

Zlepšení hybnosti postižených prstů ruky.

Byl/a jsem lékařem poučen/a o významu pořízení audiovizuálních záznamů v průběhu mého vyšetření, které, v případě mého souhlasu, mohou být použity pro vědecké a studijní účely a mohou být prezentovány na seminářích Karlovarské krajské nemocnice a.s., na kongresech, event. publikovány v odborných časopisech. Záznamy budou pořízeny jenom z těch částí mého těla, které přímo souvisí s vyšetřením. Byl/a jsem poučen/a, že při jejich jakékoliv prezentaci nebudou zveřejňovány osobní údaje o mé osobě (jméno, příjmení) a citlivé údaje ani další znaky, které by vedly k bližší identifikaci mé osoby:

ANO NE

Doplňující údaje lékaře:

Lokalizace výkonu (zákroku) Strana

.....

Já, níže podepsaný pacient (zákonný zástupce, opatrovník) prohlašuji, že jsem byl lékařem srozumitelně informován o účelu a povaze, předpokládaném prospěchu, následcích a možných rizicích plánovaného lékařského výkonu uvedeného výše. Měl/a jsem možnost klást lékaři doplňující dotazy a veškeré mé dotazy byly srozumitelně zodpovězeny.

Jsem si vědom/a toho, že při provádění operačního výkonu může nastat neočekávaná situace, která si vyžádá rozšíření původně plánovaného výkonu nebo provedení dalšího nutného výkonu pro záchranu mého zdraví či života. Na základě tohoto poučení prohlašuji, že souhlasím s uvedeným operačním výkonem i s podáním anestezie.

Jsem srozuměn/a s tím, že operační výkon nemusí být proveden lékařem, který mne doposud ošetřoval.

Souhlasí zaznamenané místo a lokalizace výkonu (zákroku).

Datum:

Podpis pacienta (zákonného zástupce, opatrovníka):

Prohlašuji, že jsem vysvětlil podstatu operačního výkonu pacientovi způsobem, který byl podle mého soudu pro pacienta srozumitelný. Se způsobem plánované anestezie/sedace byl seznámen lékařem – anesteziologem.

Rovněž jsem pacienta seznámil s důsledky tohoto výkonu a s možnými častějšími komplikacemi, zejména s riziky uvedenými výše v tomto poučení.

Datum:.....

Jméno lékaře:Podpis: