

## Informovaný souhlas pacienta s operačním výkonem

### Artroskopická plastika předního zkříženého vazů

<b>Jméno, příjmení:</b>	
<b>Datum narození:</b>	
<b>Bydliště:</b>	
<b>Číslo zdravotní pojišťovny:</b>	

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 doporučena artroskopická plastika předního zkříženého vazů.

#### Co je artroskopie:

Artroskopie je endoskopická metoda používaná pro diagnostiku a následně operační ošetření postižených struktur. Tato metoda je méně invazivní a to ve smyslu menších jizev, pooperační bolesti, kratší hospitalizace a rychlejší rekonvalescence.

#### Jaký je důvod (indikace) tohoto výkonu:

Důvodem jsou:

- ✓ Nestabilita kolenního kloubu po roztržení předního zkříženého vazů.
- ✓ Nestabilita kolenního kloubu po selhání již provedené plastiky předního zkříženého vazů.

#### Alternativy výkonu:

- ✓ Konzervativní postup s omezeními sportovních a jiných činností, kde je riziko podvrtnutí nestabilního kolene, zajištění ortézou apod. Nicméně tyto postupy nejsou plnohodnotnou alternativou k plastice předního zkříženého vazů. I přes konzervativní opatření přetrvává nestabilita, která vede k časnějšímu nástupu změn z opotřebení kolenního kloubu.
- ✓ Plastické operace otevřenou cestou již nejsou používány pro horší výsledky. Větší operační přístup, větší pooperační bolesti, delší rehabilitace a hojení

#### 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.

Operace se pro lepší přehlednost provádí vždy v bezkrví, které se provede zatáhnutím končety tlakovou manžetou. Nejprve operátor provede 6mm dlouhý řez, kterým zavede do kolenního kloubu optický instrument (artroskop). Kloub je naplněn tekutinou, což umožní ještě před započítím plastiky vyšetřit důležité kloubní struktury – menisky, chrupavky, a pokud jsou poškozené je i ošetřit. Po té vyjmeme artroskop z kolenního kloubu a započneme s vlastní plastikou předního zkříženého vazů. Nejprve provedeme kožní řez nad úponem šlach tzv. hamstringů, které odpreparujeme a speciálním nástrojem odebereme. Toto je vlastní štěp, který změříme a opracujeme do definitivní podoby. Pomocí speciálního cíliče pod kontrolou artroskopu zjistíme místa úponu vazů na holenní a stehenní kosti a vyvrtáme otvory pro protažení štěpu. Tento protáhneme a fixujeme speciálními šrouby.

#### Jaké jsou možné komplikace a rizika:

Jako každý operační zákrok je i tato operace spojena s rizikem komplikací, jejichž procentuální výskyt je velmi nízký i přes to je nutné na ně upozornit. Zde je uveden jejich výčet:

- Nevolnost, zvracení, bolesti hlavy.
- Krvácení, poranění nervů.
- Infekce operační rány.
- Otok v oblasti výkonu
- Alergie na léky nebo dezinfekční roztok – kopřivka se svěděním kůže, dechové obtíže, slabost, pokles krevního tlaku až šokový stav s celkovým otokem těla.
- 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 anestezie.

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:**

Od prvního pooperačního dne se zahajuje rehabilitace v závislosti na typu výkonu. Pooperačně je nutné cvičení v dovoleném rozsahu pohybu a zátěže, dle určení operátora. Důležitá je i správná poloha a podložení operované končetiny (koleno by mělo být v částečném pokrčení a tlak podložení by měl být pod kotníkem a stehnem tak, aby lýtko bylo pokud možno volné). Dodržení jak rehabilitačního postupu, tak fixace i ostatních opatření, je nezbytnou podmínkou úspěšné operace. 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:**

Výkon zlepšuje stabilitu poškozeného kolenního kloubu.

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: .....**