

## Informovaný souhlas pacienta s výkonem

### Fenestrace šlachové pochvy pro lupavý prst

|                                    |  |
|------------------------------------|--|
| <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 byl lékařem doporučen výkon - fenestrace šlachové pochvy pro lupavý prst (t. j. stenozující tendovaginitidu šlachy ohybače prstu).

#### Co je lupavý prst:

Saltace (lupavé fenomény) případně blokády pohybu prstu jsou způsobeny degenerativním onemocněním šlachové pochvy - stenozující tendovaginitidou. Jde o poškození kanálu, ve kterém šlacha ohybače prstu za normálních okolností volně klouže. Nejčastějšími důvody, pro které šlacha neklouže volně, ale drhne (až do stadia saltací a blokády), jsou chronické přetěžování, jednostranná manuální práce a stereotypní pohyby rukou a prstů. Postižen může být jeden prst ruky (nejčastěji prsteník, palec), mnohdy bývá postiženo více prstů na jedné ruce. U dětí jde nejčastěji o vadu vrozenou a léčba je stejná jako u dospělých.

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

Důvodem výkonu je bolest a omezení běžné funkce končetiny.

#### Alternativy výkonu:

Výkon je jedinou cestou k trvalému odstranění potíží. Opakované injekční aplikace depotních steroidů do šlachových pochev ohybačů prstů sice mohou přinést krátkodobou úlevu, ale příčinu potíží neřeší a dříve či později potíže recidivují. Navíc jsou opakované injekční aplikace kortikoidních hormonů do šlachových pochev zatíženy častějším degenerativním poškozením šlach s následnou rupturou šlachy při minimálním násilí. Pak již jde o komplikaci, která se dá řešit jedine operací (jde pak o operaci akutní).

Alternativou výkonu může být zpočátku konzervativní léčba, která v sobě zahrnuje medikamentózní léčbu, klidový režim (ortézy, sádrová dlaha), rehabilitaci, obstríky. V případě, že po 6. měsících konzervativní léčby nedochází ke zlepšení stavu, není již žádná jiná adekvátní alternativa známa.

#### Jaký je režim pacienta před výkonem:

##### Režimová opatření a organizace výkonu:

- ✓ Pacient se dostaví těsně před lékařem určenou dobou na ortopedickou ambulanci s příslušnou dokumentací /lékařské doporučení/.
- ✓ Doporučuje se přestat kořit minim. 12 hodin před výkonem.
- ✓ Platí zákaz konzumace alkoholu 24 hodin před výkonem.
- ✓ Před operací je nutno podepsat informovaný souhlas s výkonem.
- ✓ Vlastní operace je prováděna na operačním sálku, kde je pacient ve spodním prádle uložen na operační stůl na kterém je vlastní výkon prováděn.
- ✓ Po operaci pacient vyčká alespoň 20 - 30 minut v čekárně.

#### Jaký je postup při provádění výkonu:

Smyslem výkonu je částečné protěť šlachové pochvy v nejužším místě kanálu, uvolnění samotné šlachy a zajištění kluzkého pohybu šlachy v kanále. Výkon se provádí z drobného řezu v dlani při bázi prstu - nejčastěji v lokální anestezii, u dětí pak v celkové anestezii (narkóze).

#### Jaké jsou možné komplikace a rizika:

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

- Krvácení.
- Infekce operační rány a rozpad operační rány.
- Otok v oblasti výkonu.
- Vznik krevních podlitin.
- Přechnodná porucha citlivosti prstu bývá obvyklá, vymizí často po opadnutí

- pooperačního otoku.
- Tvorba hypertrofické až keloidní jizvy.
- Alergie na léky nebo dezinfekční roztok – kopřivka se svěděním kůže, dechové obtíže, slabost, pokles krevního tlaku až šokový stav s celkovým otokem těla.

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:**

Další sledování včetně převazů rány probíhají ambulantní cestou v lékařem stanovené termíny. Stehy z rány se odstraňují na OCP (Oddělení centrálního příjmu) - ortopedická ambulanci v závislosti na velikosti a charakteru rány dle uvážení ošetřujícího lékaře v průběhu pooperačních kontrol. 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 odstraňuje bolesti a přeskokování při pohybu postiženého prstu.

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 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 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: .....**