

Odstranění osteosyntetického materiálu

 Diagnóza:

.....

.....

Zdravotnické zařízení:

Pacient:

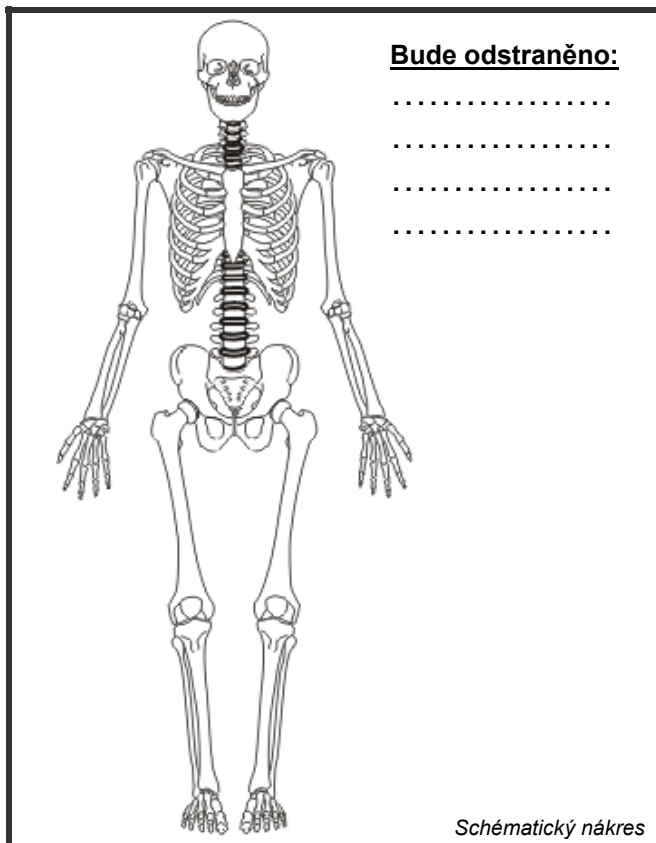
Jméno, příjmení:.....

Rodné číslo:.....

VÁŽENÁ PACIENTKO, VÁŽENÝ PACIENTE, VÁŽENÍ RODIČE, je u Vás/Vašeho dítěte plánováno vyňetí kovového materiálu, kterého bylo použito před časem k ošetření kosti. Tento osteosyntetický materiál bude nyní odstraněn. Před vlastním výkonem s Vámi bude lékař/ka hovořit o nutnosti a možnostech zákroku. Musíte vědět o rizicích a možných komplikacích plánovaného výkonu, abyste se mohl/a rozhodnout. Tento formulář Vám má pomoci se na rozhovor připravit a důležité body zdokumentovat.

PROČ SE KOV ODSTRAŇUJE?

Osteosyntetický materiál se může během doby uvolnit, oslabit kostní strukturu a vést k jiným



komplikacím. Předčasné odstranění může být nevyhnutelné při zánětu nebo u dětí při poruše růstu.

JAK BUDE OPERACE PŘEVEDENA?

Samotný výkon bude proveden v celkové nebo lokální anestezii. O jejím průběhu Vás bude informovat anesteziolog. Zpravidla je materiál odstraněn původním řezem. Často je na jeho místo dočasně uložena drenáž k odvedení krve a sekretů jako prevence vzniku hematomu.

ROZŠÍŘENÍ VÝKONU?

Výkon může být někdy doplněn o:

- Korekturu staré jizvy
- Odstranění přerůstající kosti nebo chrupavky
- Provedení nové osteosyntézy
- Provedení laváže nebo implantace lokálních antibiotik při infekci

VYHLÍDKY NA ÚSPĚŠNOU LÉČBU?

Neuvede-li Váš ošetřující lékař jinak, je možné ihned po odstranění osteosyntetického materiálu plné zatížení.

POOPERAČNÍ PRŮBĚH A NÁVOD K DALŠÍMU OŠETŘOVÁNÍ

Pro dosažení očekávaného výsledku operace respektujte prosím všechna lékařská doporučení. V případě ambulantní operace se prosím nechte z nemocnice odvézt a neúčastňujte se 24 hodin po operaci silničního provozu.

Promluvte si s lékařem před propuštěním o následujících bodech:

- Kdy odstranit stehy či svorky?
- Jak dlouho musí být drenáž ponechána?
- Odkdy je možno se sprchovat a koupat?
- Je nutné užívat léky? (jak dlouho, množství)
- Jak dlouho je nutné fyzické šetření?
- Za jak dlouho je možné jít do práce/školy?
- Jsou nutná nějaká další vyšetření? Termín?

OBECNÁ RIZIKA OPERAČNÍHO VÝKONU?

Míra rizika lékařského výkonu je ovlivněna mimo jiné Vaším celkovým zdravím a předchozími onemocněními. Vyplňte prosím pozorně následující dotazník.

- Byl/a jste již v minulosti operován/a?
ANO NE
-
- Jsou u Vás známá nějaká metabolická onemocnění (např. cukrovka) nebo onemocnění vnitřních orgánů?
ANO NE
-
- Trpíte na některé infekční choroby (např. chřipka, angína, hepatitis, AIDS)?
ANO NE
-
- Byl/a jste v poslední době očkován/a?
ANO NE
-
- Objevily se u Vás někdy záchvaty křečí?
ANO NE
-
- Jste alergik/čka? Byla u Vás někdy pozorována nesnášenlivost některých materiálů?
ANO NE
-

- Vyskytlo se u Vás dříve silnější krvácení po jiných zákrocích (např. u zubaře)? Byla Vám někdy podána krevní transfúze?
ANO NE
-
- Vyskytly se u Vás někdy komplikace při hojení ran (např. píštěle, keloidy, hnisání)?
ANO NE
-
- Měl/a jste někdy trombosu, embolií?
ANO NE
-
- Užíváte pravidelně léky?
ANO NE
-
- U žen – Nemůžete být těhotná?
ANO NE
-
- Co považujete za důležité sdělit lékaři o svém zdravotním stavu případně rizicích ještě před výkonem :
.....
.....

JAKÁ JSOU RIZIKA PLÁNOVANÉHO VÝKONU?

Přes nejvyšší opatrnost se mohou vyskytnout některé komplikace :

- Alergické reakce - podání anestetik nebo jiných léků mohou způsobit zarudnutí, otoky, svědění nebo nevolnost. Zřídka také vážné komplikace jako poruchy dechu, křeče, poruchy srdečního rytmu a tlaku krevního, vedoucí až k život ohrožujícímu šoku.
- Abscesy, záněty kůže a měkkých tkání, včetně cév a nervů jako následek injekcí, infúzí, nutné polohy na operačním stole, desinfekce a/nebo práce s elektrickým proudem při operaci.
- Trombo-embolie - zejména u ležících pacientů, kuřáků a pacientek užívajících hormonální antikoncepci může nastat uzavření žil krevní sraženinou a její následné zavlčení do plic s ohrožením na životě. Prevence trombo-embolie v podobě léků ovlivňujících srážlivost krve může zase naopak způsobit krvácení.
- Lehká krvácení, která jsou většinou žilního nebo kapilárního původu ustanou bez ošetření během několika hodin. Zcela výjimečně je zapotřebí lékařského zákroku nebo krevní transfúze, při které hrozí minimální riziko přenosu infekčních onemocnění (např. hepatitis, AIDS,

BSE) a alergické reakce. To platí i při použití jiných biologických materiálů, jako např. fibrinového lepidla.

- Povrchové ranné infekce, abscesy, píštěle a flegmóny, způsobené zbytky stehu či materiálu, pooperační krvácení a vznik hematomu mohou vést k rozpadu rány a ke kosmeticky nevyhovujícím jizvám.
- Poranění okolních struktur (např. svalů, šlach, cév a nervů) může vést přes okamžité ošetření k dočasné nebo trvalé poruše prokrvení a hybnosti končetiny. U poranění malých kožních nervů může dojít k výpadkům citlivosti kůže v určitých oblas-

tech. K útlaku cév a nervů a následnému poškození může dojít tlakem měkkých tkání při výrazném otoku (kompartment syndrom).

- Obnovení zlomeniny na základě oslabení kosti z dlouhé inaktivity.

Všechny zmíněné komplikace si mohou vyžádat léčbu na intenzivních odděleních, další operační zákroky a doživotní zdravotní komplikace a omezení.

Při tomto zákroku **nebude - bude** vyžadována finanční spoluúčast pacienta v předpokládané výši:Kč.

**POZNÁMKY LÉKAŘE K ROZHOVORU S PACIENTEM:**

(např. specifická rizika a možné komplikace, vedlejší zákroky, speciální otázky pacienta, omezení souhlasu, např. odmítnutí transfúze, možné nevýhody v případě odmítnutí, časového posunutí operace, důvody odmítnutí)

.....
.....
.....
.....

Místo/datum:

.....
jmenovka lékaře

.....
podpis lékaře

PROHLÁŠENÍ O INFORMOVANÉM SOUHLASU :

Prohlašuji, že mi byly lékařem zodpovězeny veškeré mé dotazy ohledně plánovaného výkonu a jsem o tomto výkonu, jeho možných rizicích, povýkonových komplikacích, následné léčbě a případných omezeních mé osoby dostatečně informován/a a rozumím jim. Porozuměl/a jsem svému zdravotnímu stavu a mohl/a svobodně a bez nátlaku zvážit nutnost a účelnost zamýšlených vyšetřovacích a léčebných výkonů a rizika s tím spojená, včetně případného nepohodlí, bolesti a dalších omezení spojených s touto léčbou. Byl/a jsem poučen/a o tom, že mohu svůj souhlas s lékařským výkonem kdykoliv odvolat.

Prohlašuji, že:

- SOUHLASÍM** s výše uvedeným lékařským výkonem, s jeho eventuelním rozšířením, s podáním krevní transfúze a s využitím záznamů pro výuku a výzkum. *(Nehodící se škrtněte)*

Přeji si, aby byly o mém zdravotním stavu informovány tyto osoby způsobilé právním úkonům:

Jméno/Adresa/Telefon:

Místo/datum:

.....
podpis pacienta (zákonného zástupce)

NESOUHLAS/ODVOLÁNÍ SOUHLASU S LÉKAŘSKÝM VÝKONEM A LÉČBOU

Nesouhlasím/Odvolávám svůj výše udělený souhlas s výše uvedeným lékařským výkonem a léčbou i přes všechna mi opětovně poskytnutá poučení a prohlašuji, že jsem si vědom/a možných rizik.

Místo/datum:

.....
podpis pacienta (zákonného zástupce)

.....
podpis lékaře