

POUČENIE A PÍSOMNÝ INFORMOVANÝ SÚHLAS PODĽA § 6 ZÁKONA Č. 576/2004 Z. z.

ARTROSKOPICKÁ OPERÁCIA ZÁPÄSTIA A MALÝCH KLBOV RUKY

IDENTIFIKAČNÉ ÚDAJE ZDRAVOTNÍCKEHO ZARIADENIA/PACIENTA:

ZDRAVOTNÍCKE ZARIADENIE (PEČIATKA):

(vypísať alebo nalepiť identifikačné údaje z NIS)

MENO A PRIEZVISKO:

RODNÉ ČÍSLO:

CIEĽ DIAGNOSTICKÉHO/LIEČEBNÉHO POSTUPU:

Odstránenie bolestí a zlepšenie hybnosti zápästia s obnovením funkcie.

OPIS VÝKONU:

Artroskopia je metóda, pri ktorej sa do kĺbu zavádza cez malé ranky na chrbte zápästia kamera a inštrumenty, ktorými je možné kĺb ošetriť. Niekedy, ak to nie je možné ináč, sa musí pristúpiť k otvorenej operácii a poranenú štruktúru ošetriť z väčšieho rezu. Obdobne je možné ošetriť problémy drobných kĺbov ruky.

Pri artroskopii zápästia je ruka na držiaku a na paži a na prstoch je zavesené závažie, aby sa zväčšil kĺbový priestor. Po operácii sa postupuje podľa rehabilitačného režimu, ktorý je určovaný typom poranenia a typom výkonu.

Artroskopicky sa v zápästí vykonávajú nasledujúce výkony:

- stanovenie diagnózy pri nejasných kĺbových bolestiach,
- odstránenie voľných kĺbových telies /myšiiek/ vzniknutých odlúpnutou chrupavkou,
- zahľadenie poškodenej chrupavky,
- zahľadenie roztrhnutých väzov (najčastejšie ide o poškodenie tzv. triangulárneho disku),
- prišitie roztrhnutých väzov alebo disku,
- zavedenie drôtov na fixáciu dvoch kostí pri roztrhnutí väzov,
- napravenie zlomeniny.

MOŽNÉ KOMPLIKÁCIE A RIZIKÁ:

- opuch v mieste operácie,
- bolesti v rane, infekcia v rane,
- nutnosť reoperácie,
- citlivosť, bolesť jazvy a nadmerná jazva,
- poranenie nervov, ciev a okolitých štruktúr, ako sú šľachy, svaly a kosť,
- ponechanie časti artroskopického nástroja alebo materiálu používaného pri operácii v rane, čo môže mať za následok opakovanú operáciu,
- útlak nervov pri vynútenej polohe tela počas operácie,
- útlak nervov a ciev pri použití manžety na odkrvenie,
- obmedzenie hybnosti kĺbu,
- krvácanie v rane,
- vznik krvnej zrazeniny v rane,
- vznik krvnej alebo tukovej zrazeniny v žilách dolnej končatiny s možnosťou vniknutia do pľúc,
- zlomenina kosti počas operácie alebo po operácii,

- bolesti celej operovanej končatiny podmienené dráždením nervov, prejavujúce sa opuchmi, farebnými zmenami končatiny a obmedzením hybnosti kĺbov (tzv. Sudeckov syndróm),
- strata končatiny následkom komplikácií,
- alergia na dezinfekčný roztok alebo prostriedky používané počas operácie,
- riziká anestézie (vysvetlí anesteziológ).

Špeciálne riziká výkonu:

- neúplné odstránenie zrastov, nadbytočnej kosti a voľných telies,
- nadmerné odstránenie kosti pri frézovaní,
- zalomenie časti inštrumentu v operačnom poli,
- poranenie zdravej chrupky počas artroskopického výkonu,
- poranenie zdravých väzov počas artroskopického výkonu,
- pretrvávanie alebo návrat ťažkostí aj po operačnom výkone,
- zistenie iných poškodení alebo neprítomnosť poškodení, ktoré sa pred operáciou udávali ako príčina operácie.

DÔLEŽITÉ SKUTOČNOSTI PRE LEKÁRA:

ALERGIE, KTORÉ SÚ PACIENTOVI ZNÁME

INÉ

DOPLŇUJÚCE INFORMÁCIE:

Artroskopická operácia zápästia vľavo

ALTERNATÍVA VÝKONU – možnosť voľby navrhovaného postupu:

Konzervatívna (neoperačná) liečba, rehabilitačné cvičenia a dlhodobé užívanie liekov od bolesti.

NEEXISTUJE

Pacient/ ka/ zákonný zástupca pacienta/ iná oprávnená osoba (nehodiace sa preškrtnite) týmto vyhlasujem, že mi bolo ošetrujúcim zdravotníckym pracovníkom poskytnuté poučenie v zmysle §6 zák. 576/2004 Z.z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v platnom znení.

Vyhlasujem, že poučeniu som v plnom rozsahu porozumel/a, bolo mi poskytnuté zrozumiteľne, ohľaduplne, bez nátlaku, s možnosťou a dostatočným časom slobodne sa rozhodnúť pre informovaný súhlas a potvrdzujem pravdivosť údajov poskytnutých v súvislosti s poskytnutím zdravotnej starostlivosti. Svojím podpisom potvrdzujem, že som bol/a informovaný/á o účele, povahe, následkoch a rizikách poskytnutia zdravotnej starostlivosti, o možnostiach voľby navrhovaných postupov a rizikách odmietnutia poskytnutia zdravotnej starostlivosti.

Ošetrujúcim zdravotníckym pracovníkom som bol/a oboznámený/á s možnosťou odmietnutia poučenia a s rizikami jeho odmietnutia, túto možnosť som sa rozhodol/la nevyužiť. Podpisom vyhlasujem, že som pri poskytnutí anamnestických údajov nezatajil/a žiadne skutočnosti, prípadne ochorenia alebo ťažkosti, pre ktoré som sa liečil/a, ktoré mi boli diagnostikované, resp. ktoré v súčasnosti mám a poskytol/la som všetky údaje o používaných liekoch.

Vyhlasujem, že nie som pozbavený/á spôsobilosti na právne úkony a že moja spôsobilosť na právne úkony nie je obmedzená v rozhodovaní o poskytovaní zdravotnej starostlivosti.

Po dôkladnom zvážení všetkých okolností súhlasím s poskytnutím zdravotnej starostlivosti, s navrhovanými diagnostickými, liečebnými postupmi a s vyhotovením fotodokumentácie / obrazového záznamu jednotlivých častí tela výlučne

na účel zaznamenávania zdravotného stavu v súvislosti s navrhovanými diagnostickými a liečebnými postupmi, pričom fotodokumentácia sa stane súčasťou zdravotnej dokumentácie.

V rozsahu svojej žiadosti som bol/a poučený/á aj o možných komplikáciách v súvislosti s liečebným procesom.

Beriem na vedomie, že v prípade, ak mi počas liečby nebudú zrozumiteľné niektoré skutočnosti súvisiace s poskytovaním zdravotnej starostlivosti, mám možnosť požiadať ošetrojúceho lekára o ďalšie vysvetlenie, ku ktorému bude vyhotovený záznam v zdravotnej dokumentácii.

Na základe poučenia a zváženia všetkých okolností s hospitalizáciou, poskytnutím zdravotnej starostlivosti s navrhovanými liečebnými, diagnostickými, operačnými a ošetrovateľskými postupmi a postupmi pre podporu bezpečnosti pacienta

SÚHLASÍM NESÚHLASÍM

Zároveň:

SÚHLASÍM NESÚHLASÍM

s účasťou študentov stredných a vysokých škôl na mojom liečebnom procese a s nazretím do zdravotnej dokumentácie, v rámci ich prípravy na budúce povolanie zdravotníckeho pracovníka v rozsahu zmluvných podmienok medzi školou a zdravotníckym zariadením.

V DŇA: HOD.:

PODPIS PACIENTA/ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCU*

MENO A PRIEZVISKO, PEČIATKA A PODPIS LEKÁRA

IDENTIFIKAČNÉ ÚDAJE ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCU*/SVEDKA*:

MENO A PRIEZVISKO ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCU:

MENO A PRIEZVISKO SVEDKA:

RODNÉ ČÍSLO:

TELEFONICKÝ KONTAKT:

FUNKCIA:

PODPIS:

* V prípade, ak je na udelenie informovaného súhlasu príslušný zákonný zástupca pacienta, vyplní sa povinne údaj o zákonomnom zástupcovi. V prípade, ak si to okolnosti vyžadujú (vyjadrenie súhlasu inou, ako písomnou formou, odmietnutie podpísania informovaného súhlasu apod.) vyplní sa údaj o svedkovi.