

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

PLASTIKA PREDNÉHO SKRÍŽENÉHO VÄZU KOLENA

IDENTIFIKAČNÉ ÚDAJE ZDRAVOTNÍCKEHO ZARIADENIA/PACIENTA:

ZDRAVOTNÍCKE ZARIADENIE (PEČIATKA):

(vypísať alebo nalepiť identifikačné údaje z NIS)

MENO A PRIEZVISKO:

RODNÉ ČÍSLO:

CIEL' DIAGNOSTICKÉHO/LIEČEBNÉHO POSTUPU:

Odstránenie bolestí a zlepšenie hybnosti kolena s obnovením stability a funkcie kolena.

OPIS VÝKONU:

Pri roztrhnutí predného skríženého väzu koleno nie je pevné pri chôdzi a športe, preto je nutné vykonať plastiku predného skríženého väzu (bežné zošitie väzu nie je možné). Plastika predného skríženého väzu sa vykonáva artroskopicky. Artroskopia je operačná metóda, pri ktorej sa zavádza cez malé kožné rezy kamera a špeciálne inštrumenty, ktorými sa vykoná vyšetrenie vnútrokĺbového priestoru a je možné vykonať ošetrovanie týchto štruktúr.

Pri náhrade predného skríženého väzu sa najprv odoberajú štepy, ktoré sa použijú na vytvorenie nového väzu. Buď sa použijú šľachy z vnútornej časti stehna (tzv. hamstringy), a to z toho istého alebo druhého kolena, alebo sa odoberie časť väzu pod jabĺčkom s kostným bločkom. Vykoná sa pod kontrolou kamery tunel cez píšťalu a stehnovú kosť, ktorými sa prevlečie nový štep a upevní sa ku kosti špeciálnymi skrutkami, ktoré sa postupne vstrebú. Pooperačne sa začína postupne s rehabilitáciou, ktorej správne dodržanie a vykonávanie je nevyhnutné pre úspech operácie. Dĺžka pobytu v nemocnici po tejto operácii je zhruba dva dni, na prvý pooperačný deň sa vyberú drény. Stehový materiál sa vyberá zhruba po dvoch týždňoch.

MOŽNÉ KOMPLIKÁCIE A RIZIKÁ:

- opuch v mieste operácie,
- bolesti v rane,
- infekcia v rane,
- nutnosť reoperácie,
- jazva,
- citlivosť, bolesť jazvy a nadmerná jazva,
- poranenie nervov, ciev a okolitých štruktúr, ako sú šľachy, svaly a kosť,
- ponechanie časti inštrumentu v rane,
- 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 alebo tukovej zrazeniny v žilách dolnej končatiny s možnosťou vniknutia do pľúc,
- vznik krvnej zrazeniny v rane,
- zlomenina kosti počas operácie alebo po operácii,
- ponechanie časti nástroja alebo materiálu používaného pri operácii v rane, čo môže mať za následok opätovnú operáciu,
- 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),
- iné.....

Špeciálne riziká výkonu:

- 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,
- zlé umiestnenie tunelov v kosti,
- zlé upevnenie štepu do kosti,
- odobratie nedostatočného štepu s nutnosťou odloženia operácie alebo odobratia štepu z iného miesta,
- zlomenina kosti,
- nevstrebávanie skrutiek s ich následným posunom alebo dráždením tkanív,
- iné.....

DÔLEŽITÉ SKUTOČNOSTI PRE LEKÁRA:

ALERGIE, KTORÉ SÚ PACIENTOVI ZNÁME

INÉ

DOPLŇUJÚCE INFORMÁCIE:

Rekonštrukcia predného skríženého väzu kolena vpravo

ALTERNATÍVA VÝKONU – možnosť voľby navrhovaného postupu:

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

NEEEXISTUJE

Pacient/ ka/ zákonný zástupca pacienta/ iná oprávnená osoba (nehodiace sa preškrtnite) týmto vyhlasujem, že mi bolo ošetrojúcim 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.

Ošetrojúcim 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.