

POUČENÍ A INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTA S PROVEDENÍM VÝKONU

Jméno a příjmení pacienta:			
Rodné číslo:		Kód zdrav.poj.:	
Jméno a příjmení lékaře, který poučení provedl:			
Plánovaný výkon:	Artroskopie	Datum výkonu:	
Operovaná strana:			

NÁZEV VÝKONU:

ASC = arthroskopie = vizualizace nitrokloubních struktur optikou s ošetřením (sešitím, obroušením, implantací fixačního materiálu) popř. odstraněním poraněných struktur nebo jejich částí

ÚČEL VÝKONU:

Diagnostika stavu nitrokloubních struktur, popř. jejich ošetření, popř. odstranění neošetřitelných struktur nebo jejich částí.

POVAHA VÝKONU:

Diagnosticko-léčebný, středně těžký.

PŘEDPOKLÁDANÝ PROSPĚCH VÝKONU:

Diagnostika stavu nitrokloubních struktur, popř. jejich ošetření, popř. odstranění neošetřitelných struktur nebo jejich částí s cílem zlepšení, resp. obnovení anatomických poměrů v kloubu za účelem zlepšení jeho funkce, předejití, resp. zpomalení nástupu degenerativních změn v postiženém kloubu.

ALTERNATIVA VÝKONU:

Konzervativní léčba bez operace (znehýbnění končetiny s následnou rehabilitací bez výše uvedených předpokládaných výhod).

MOŽNÁ RIZIKA VÝKONU:

Riziko spojené s anestezií, alergická reakce na anestetikum či dezinfekci, riziko vzniku žilní trombózy a plicní embolie, riziko poranění cév a nervů během operace, riziko rozvoje infekce v ráně a v kloubu, která může vyústit až ve ztrátu končetiny.

NÁSLEDKY VÝKONU:

Jizvy po zavedení nástrojů.

Pokud máte jakékoliv dotazy, ptejte se, lékař Vám je před plánovaným chirurgickým výkonem zodpoví.

Prohlášení pacienta:

Prohlašuji, že jsem obdržel/a informace o navrhovaném způsobu léčení, pooperačním režimu a o správné pooperační péči. Těmito informacím jsem rozuměl/a a budu je dodržovat.

Prohlašuji, že lékař, který mi poskytl potřebné informace a poučení, mně osobně vysvětlil vše, co je obsahem tohoto písemného souhlasu, a že jsem měl/a možnost klást mu doplňující otázky, na které mi bylo řádně odpovězeno.

Prohlašuji, že jsem lékařům nezamlčel/a žádné mně známé údaje o mém zdravotním stavu, jež by mohly nepříznivě ovlivnit moji léčbu či ohrozit mé okolí, zejména rozšířením přenosné choroby.

Prohlašuji, že v případě nutnosti dávám souhlas k odběru biologického materiálu na potřebná vyšetření k vyloučení zejména přenosné choroby.

Prohlašuji, že v případě výskytu neočekávaných komplikací, vyžadující neodkladné řešení a provedení dalších zákroků nutných k záchraně života nebo zdraví, souhlasím, aby byly provedeny v plném rozsahu a to dle zásad léčeni lege artis.

Prohlašuji, že jsem shora uvedenému poučení a všem informacím rozuměl/a a výslovně souhlasím s navrhovanou zdravotní péčí a s provedením konkrétně uvedených zdravotních výkonů, že souhlas s postupem léčby činím svobodně, a že jsem způsobilý/á k právním úkonům.

datum

podpis pacienta nebo zákonného zástupce

podpis informujícího lékaře

V případě podpisu zákonného zástupce:

Jméno a příjmení zákonného zástupce:	
RČ zákonného zástupce:	
Vztah k pacientovi:	