

## PORANĚNÍ ŠLACH PERIFERNÍCH ČÁSTÍ KONČETIN

Poj.:

Strana 1 / 3

DG:

Č.chorobopisu:

Vážená pacientko, vážený paciente, vážení rodiče,

vzhledem k Vašemu zdravotnímu stavu (zdravotnímu stavu Vašeho dítěte) je Vám doporučeno provedení výše uvedeného zákroku (výkonu). Před vlastním výkonem s Vámi lékař/ka hovořil/a o účelu a možnostech provedení zákroku. Seznámil/a Vás s možnými riziky a komplikacemi plánovaného výkonu, abyste se mohl/a rozhodnout dát k provedení zákroku svůj souhlas.

Zákonný zástupce pacienta: - - -

Lékař, který provedl poučení: FlexFormClientExt

Vážená pacientko, vážený paciente, vážení rodiče,

vzhledem k Vašemu zdravotnímu stavu (zdravotnímu stavu Vašeho dítěte) je vám doporučeno provedení výše uvedeného zákroku (výkonu). Před vlastním výkonem s Vámi lékař/ka hovořil/a o účelu a možnostech provedení zákroku. Seznámil/a Vás s možnými riziky a komplikacemi plánovaného výkonu, abyste se mohl/a rozhodnout a dát k provedení zákroku svůj souhlas.

**Účel, povaha a důsledky výkonu:**

Účelem operačního výkonu je obnovení celistvosti poraněné šlachy, jež je nezbytně nutná pro správnou funkci končetiny.

**Příprava k výkonu:**

Při provádění výkonů leží pacient v poloze na zádech. O způsobu anestézie rozhoduje anesteziolog, přičemž nejčastěji se volí svodná (regionální) anestezie. Je provedena příprava operačního pole a jeho dezinfekce.

**Provedení výkonu:**

Výkon spočívá v sešití konců utržené šlachy. Následuje sešití operační rány.

**Doporučený režim po výkonu:**

Po operaci je končetina fixována sádrou na dobu minimálně 2-6 týdnů. Po sejmutí sádrové fixace proběhne rehabilitační terapie s rozcvičováním šlach podle doporučení operatéra nebo jiného kompetentního chirurga.

**Možné komplikace a rizika:**

I při správném postupu v souladu s příslušnými profesními povinnostmi a standardy (lege artis) mohou vzniknout v souvislosti s provedeným zákrokem různé komplikace:

K všeobecným rizikům operačních zákroků patří krvácení během operace nebo po ní; riziko rozsáhlejšího a závažného krvácení při tomto výkonu je však nízké.

I přes dodržení všech preventivních opatření může dojít k infekci v operační ráně, která se projevuje nepřiměřeným otokem, bolestí a zarudnutím. Léčba této komplikace vyžaduje podávání antibiotik a někdy i následnou chirurgickou léčbu. Tato komplikace zároveň prodlužuje dobu hojení a s tím i pracovní neschopnost.

Při dlouhodobějším znehybnění končetiny se může objevit atrofie (ztenčení) a zkrácení svalů či šlach a ztuhnutí kloubů. Intenzivní rehabilitační léčbou je však zpravidla možné obnovit plnou funkci postižené končetiny.

Výjimečně může dojít k selhání sutury (sešití) šlachy, většinou při předčasném a přílišném zatěžování. Tato komplikace může vyžadovat opakovanou operaci.

V některých případech se také může nově objevit alergie na anestetikum (znetcitlivující lék) nebo na dezinfekci.

**Možné alternativy léčby:**

Nemocnice ve Frýdku-Místku,  
příspěvková organizace

El. Krásnohorské 321, Frýdek  
738 01 Frýdek-Místek

IČ: 00534188

DIČ: CZ 00534188

Organizace je zapsána v obchodním rejstříku KS OV,  
oddíl Pr, vložka 938

Tel.: +420 558 415 111 - spojovatelka

Fax: +420 558 415 010

E-mail: sekretariat@nemfm.cz

Web: www.nemfm.cz

## PORANĚNÍ ŠLACH PERIFERNÍCH ČÁSTÍ KONČETIN

Poj.:

Strana 2 / 3

DG:

Č.chorobopisu:

V některých případech může být výjimečně zvolen postup konzervativní, kdy tvarovanou dlahou a manipulací v kloubech jsou konce přerušené šlachy přiblíženy a takto dochází ke zhojení.

### Prohlášení o informovaném souhlasu:

Prohlašuji, že jsem tento informovaný souhlas četl(a) a že mi bylo lékařem sděleno a vysvětleno:

- jaký je účel, povaha, předpokládaný prospěch, následky, možná rizika a komplikace výkonu,
- zda plánovaný výkon má nějakou alternativu a zda mám možnost si zvolit jednu z alternativ,
- k jakým omezením v obvyklém způsobu života, v pracovní schopnosti a změnám v pracovní způsobilosti může příslušný zdravotní výkon vést,
- jaký léčebný režim, následná zdravotní a preventivní opatření jsou vhodná po plánovaném výkonu.

Dále prohlašuji, že jsem měl(a) možnost klást doplňující otázky a zeptat se na vše, co považuji v souvislosti s navrhovaným výkonem za podstatné, a že moje dotazy mi byly lékařem zodpovězeny.

Prohlašuji, že jsem podaným informacím a vysvětlením plně porozuměl(a) a považuji své poučení za dostatečné.

Prohlašuji, že na základě své svobodné vůle a poskytnutých informací souhlasím s provedením navrhovaného zdravotního výkonu.

Souhlasím, aby v případě výskytu neočekávaných komplikací vyžadujících neodkladné provedení dalších výkonů nutných k záchraně mého života byly tyto výkony provedeny.

Byl(a) jsem také poučen(a) o tom, že mohu svůj souhlas s lékařským výkonem kdykoliv před zákrokem odvolat.

Jako zákonný zástupce

~~nezletilého pacienta,~~

~~pacienta zbaveného způsobilosti k právním úkonům, nebo~~

~~pacienta s omezenou způsobilostí k právním úkonům~~

svým podpisem stvrzuji, že jsem obdržel příslušné informace a že tyto výše uvedené informace byly v přiměřeném rozsahu a formě též poskytnuty pacientovi.

Ve Frýdku-Místku dne: **27.6.2016 07:02**

-----  
podpis pacienta / zákonného zástupce

-----  
podpis lékaře

### PORANĚNÍ ŠLACH PERIFERNÍCH ČÁSTÍ KONČETIN

Poj.:

Strana 3 / 3

DG:

Č.chorobopisu:

Podpis svědka poučení a souhlasu pacienta/zákonného zástupce, pokud pacient/zákonný zástupce není schopen se vlastnoručně podepsat:

Důvod, pro nějž pacient/zákonný zástupce není schopen se podepsat:

- - -

Způsob, jak pacient/zákonný zástupce projevil svou vůli:

- - -

Jméno, příjmení, podpis svědka: - - -

-----  
podpis svědka (svědků)

POUZE VZOR, NEVYPLŇUJTE!