

Fasciotomie pro kompartment syndrom

Poj.:

Strana 1 / 3

DG:

C.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 akutního 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 akutního výkonu, abyste se mohl/a rozhodnout a dát k provedení zákroku svůj souhlas.

Účel, povaha a důsledky výkonu:

Indikací k tomuto výkonu je tzv. kompartment syndrom - závažné zvýšení tlaku v uzavřeném prostoru - tzv. kompartmentu (může se jednat o kompartment tvořený svalovou fascií - povázkou - např. na končetinách, nebo v dutině břišní - např. při těžké akutní pankreatitidě, v pánvi či hrudníku) a to nad takovou hodnotu, že je ohrožena vitalita končetiny/orgánů, tkání v důsledku snížené perfuze.

Příprava k výkonu:

Před tímto zákrokem v celkové narkóze je nezbytně minimálně 6 hodin nejíst, nepít a nekouřit. Je provedena příprava operačního pole a před celkovou anestézií a vlastním výkonem jsou podány zklidňující léky (tzv. premedikace).

Pokud užíváte léky ovlivňující krevní srážlivost (léky na „ředění“ krve), jako Warfarin, Lawarin, Anopyrin, Aspirin, Godasal, Ticlid, Tagren aj., informujte o tom předem ošetřujícího lékaře.

Provedení výkonu:

Po uvedení pacienta do narkózy je v antisepsi proveden kožní řez (řezy) nad příslušnými fasciálními prostory, jeho otevření a dekomprese oteklé svaloviny. Následuje zakrytí otevřených ran sterilním krytím.

Doporučený režim po výkonu:

Jste sledována odborným personálem na dospávacím pokoji a poté standardním lůžkovým chirurgickým oddělení nebo na jednotce chirurgické intenzivní péče. Péče o fasciotomii trvá řádově týdny, pooperačně jsou nutné časté převazy, po odeznění otoku sutura (sešití) ran v celkové anestezii.

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 některé komplikace.

Stejně jako při každém operačním zákroku může dojít během operace ke krvácení z operační rány; riziko rozsáhlejšího krvácení při této operaci je zanedbatelné. Příležitostně se může v operační ráně vytvořit větší hematoma (krevní výron), který vyžaduje další ošetření - většinou otevření rány a vypuštění hematoma. V některých případech může být problémem prodloužené hojení operační rány či druhotná infekce rány. I přes dodržení správné operační techniky nelze zcela vyloučit poškození nervových vláken s následným vznikem poruchy citlivosti v dané

Fasciotomie pro kompartment syndrom

Poj.:

Strana 2 / 3

DG:

C.chorobopisu:

oblasti. Při komplikovaném hojení ran eventuálně naložení V.A.C. systému („Vacuum assisted closure“ - uzavěr rány speciální polyuretanovou pěnou a folii vakuem - napojeno hadičkou k přístroji, který vyvíjí podtlak a odsává sekret z rány) k urychlení hojení.

I přes časně provedení výkonu může někdy dojít v důsledku kompartment syndromu ke vzniku neurologického deficitu - snížení citlivosti kůže a motoriky končetiny.

Přes všechna preventivní opatření nelze rovněž vyloučit některé velmi závažné a ve vzácných případech až smrtící všeobecné komplikace spojené s operací a celkovou narkózou. Patří k nim zápal plic a plicná částí plic (atelektáza) - riziko je vyšší u kuřáků. Dále je to uzavření žil, zvláště na dolních končetinách, krevní sraženinou (tzv. trombóza) a následné uvolnění této sraženiny a její embolizace (vmetení) do plicní tepny. Riziko posledně jmenované komplikace je vyšší u ležících pacientů, kuřáků a pacientek užívajících hormonální antikoncepci. K dalším rizikům patří reakce na podané léky/desinfekci projevující se jako mírná vyrážka až oběhové selhání a v závislosti na celkovém zdravotním stavu pacienta další komplikace.

Možné alternativy léčby:

Alternativa k chirurgickému řešení neexistuje. Neprovedení výkonu vede k nevratnému odumření svalů postižené části končetiny, nervovým poruchám, obrně a kontrakturám, v některých případech k ischemii s nutností amputace končetiny.

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~~

Fasciotomie pro kompartment syndrom

Poj.:

Strana 3 / 3

DG:

C.chorobopisu:

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

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!