

INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTA S VÝKONEM

## Operace DUPUYTRENOVY KONTRAKTURY

Vážená paní, Vážený pane,

Na základě Vašeho aktuálního zdravotního stavu Vám byla lékařem indikována OPERACE DUPUYTRENOVY KONTRAKTURY – vazivových pruhů v dlani. Máte nezadatelné právo být před Vaším rozhodnutím o těchto postupech podrobně informován/a.

• **Jaký je důvod (indikace) tohoto výkonu:**

Odstranění vazivových pruhů a narovnání prstů ruky. Alternativa k tomuto výkonu není.

• **Jaký je režim pacienta před výkonem:**

Pacient přichází den před operací, v nemocnici pak od půlnoci lačný, nepít, nejíst, nekouřit.

• **Jaký je postup při provádění výkonu:**

Operace se provádí v místní anestezii (=znecitlivění injekcí v místě operace) na operačním sále. Řez bývá variabilní, podle rozsahu postižení dlaně a prstů. Nemoc většinou postihuje 3. - 5. prst. Z podkoží se odstraní vazivové pruhy a rána se zašije.

• **Jaké jsou možné komplikace a rizika:**

Tento zákrok sebou nese jen obecná operační rizika – infekční komplikace a taky při neopatrném způsobu operování je možnost poškození důležitých struktur v dlani – cévy, nervy, šlachy. Nejčastější komplikací je prodloužené hojení. Platí přímá úměra, že čím těžší je postižení, tím déle se bude hojit rána. Oblast kůže v dlani je hůře hojitelná než v jiných lokalitách, proto je nutné v některých případech počítat s hojením jizvy i 3 týdny.

• **Jaký je režim pacienta po provedení výkonu:**


V pooperačním období pacient zůstává hospitalizován zhruba 1 den, kontroluje se hojení rány, tlumí se bolesti a provádí se poklepové masáže k zlepšení hojení. Pak jste propuštěni do ambulantní péče. Po 14 - 21 dnech se ambulantně vytáhnou stehy. Pokud je postižení většího rozsahu, často nastane prodloužení hojení rány a pacient musí docházet na pravidelné ambulantní převazy.

razítko a podpis indikujícího lékaře	
--------------------------------------	--

**Prohlašuji**, že mi byl náležitě objasněn důvod, předpokládaný prospěch, způsob provedení, následky i možná rizika a komplikace plánovaného výkonu. Dále mi byly vysvětleny možné alternativy včetně jejich komplikací a zdravotní důsledky vyplývající z nepodstoupení plánovaného výkonu. Měl/a jsem možnost zeptat se lékaře na všechno, co mě ve vztahu k plánovanému výkonu zajímá a obdržel/a jsem vysvětlení, kterému jsem porozuměl/a. S provedením výše uvedeného výkonu souhlasím. Bylo mi podáno vysvětlení, že v případě výskytu neočekávaných komplikací vyžadujících neodkladné provedení dalších výkonů nutných k záchraně mého života nebo zdraví, budou tyto výkony provedeny. Potvrdil/a jsem místo výkonu, s jeho označením souhlasím.

**Identifikační údaje pacienta:**

**V Krnově dne:**

Jméno:	Rodné číslo:	Podpis:
		

**Identifikační údaje zákonného zástupce, opatrovníka:**

Jméno:	Rodné číslo:	Podpis: