

ODSTRANĚNÍ KLADÍVKOVÝCH PRSTŮ NOHY (Sectio Hoffman)

Vážená paní, Vážený pane,

Na základě Vašeho aktuálního zdravotního stavu Vám bylo lékařem indikováno ODSTRANĚNÍ KLADÍVKOVÝCH PRSTŮ (Sectio Hoffman- operace dle Hoffmana). Máte nezadatelné právo být před Vaším rozhodnutím o těchto postupech podrobně informován/a.

- Co je Sectio Hoffman:**

Je operační způsob odstranění deformity prstu(ů) na nohou. U prstů dochází k ohnutí v základním kloubu prstu do pravého úhlu, v kloubu, který je na konci prstu pak může být rovněž lehké ohnutí nebo až nadměrné narovnání. Nad hlavičkou základního článku se tlakem v obuvi vytváří bolestivý mozol až kuří oko. Nejčastěji bývá postižen 2., 3., 4. prst, deformita se však může vyskytnout i na palci a malíku.

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

Korekce zmíněného ohnutí a odstranění přidružených bolestivých kožních postižení.

- Jaký je režim pacienta před výkonem:**

Od půlnoci nejíst, nepít, nekouřit, nežvýkat.

- Jaký je postup při provádění výkonu:**

Pacient je v poloze na zádech. Operuje se v lokálním znecitlivění, lékař vpíchne do místa zákroku umrtvující látku. Z malého kožního řezu se odstraňují otlaky a část kosti základního článku prstu čím dochází ke korekci ohnutí. Během jedné operace se odstraňují všechny kladívkové prsty.

- Jaké jsou možné komplikace a rizika:**

Jsou minimální. Při nedostatečném odstranění může dojít k obnovení deformity, kdy je nutno operaci opakovat. Komplikací může být krvácení z místa, kde byl zákrok proveden, vzácně alergie na látku, kterou provádíme umrtvení.

- Jaký je režim pacienta po provedení výkonu:**


Předpokládaná doba hospitalizace při nekomplikovaném průběhu je 1 den, ihned po operaci je možno vstávat a začít plně zatěžovat operovanou končetinu. Vytažení stehů provádíme ambulantně 10. - 13. pooperační den. Zákrok je minimálně bolestivý, v případě potřeby jsou aplikovány předepsané analgetika.

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: