VŠEOBECNÁ FAKULTNÍ NEMOCNICE V PRAZE
U Nemocnice 499/2, 128 08 Praha 2 | IČ: 00064165, tel.: 224 961 111

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno a příjmení:	**r. č.:**
Zákonný zástupce pacienta (jméno, příjmení):	

Označení zdravotního výkonu (popřípadě několika výkonů):

LUPAVÝ PRST - PROTĚTÍ ŠLACHOVÉHO POUTKA, UVOLNĚNÍ ŠLACH, REVIZE ŠLACHOVÝCH POUTEK

☐ **VPRAVO**
☐ **VLEVO**

Účel, povaha, předpokládaný prospěch, následky a možná rizika zdravotního výkonu:

Lupavý prst je označení pro onemocnění ruky, při kterém po ohnutí prstu do dlaně je jeho narovnání spojeno s většinou bolestivým lupnutím. Postižen může být jakýkoliv prst na ruce a není výjimkou, že postiženo bývá prstů několik. Stav může být způsoben místním zduřením šlachy ohybače prstu, zesílením poutka, ve kterém klouže a tím je způsoben obtížný průchod šlachy poutkem ve dlani. Podstatou výkonu, který se provádí ambulantně v lokálním (místním) znecitlivění je chirurgické protětí poutka ve dlani, eventuální uvolnění šlach ze zánětlivých tkání, což zajistí volný pohyb prstu.

Jako každý chirurgický výkon má i tento výkon svá rizika: alergická reakce, krvácení, rozvoj infekce v operační ráně, rozpad rány, ztráta kožního krytu a obnažení pod ním ležících struktur, poškození šlach, nervů a cév při operaci, dlouhodobé bolesti, otoky, dočasná nebo i trvalá ztuhlost jednotlivých drobných kloubů ruky. Snížené prokrvení a citlivost prstů. Výsledek operace není zaručen.

Jiné možnosti, jejich vhodnost, přínosy a rizika:

Obstřik poutka šlachy injekční směsí kortikoidu a místního anestetika. Což je výkon relativně bolestivý, ale jeho efekt je dočasný, a navíc je spojen s riziky výše uvedenými při nevhodné aplikaci kortikoidu.

Zdravotní výkon bude probíhat takto:

Výkon se provádí ambulantně (po výkonu jde pacient domů) v místním znecitlivění na operačním sále. Může být použito bezkreví (manžeta zajišťující bezkreví při operaci). Po rozříznutí kůže se provede protětí poutka, eventuálně uvolnění šlach ze zánětlivých měkkých tkání, kontroluje se aktivním pohybem prstu pacientem, že dochází k volnému klouzání.

Omezení a doporučení ve způsobu života s ohledem na zdravotní stav a případné změny zdravotní způsobilosti po provedení uvedeného zdravotního výkonu:

Po výkonu se doporučuje klidový režim na 2 týdny.

Další potřebná léčba:

Po výkonu se doporučuje elevace (zvednutí) operované končetiny, nekouřit, převazy, kontroly eventuální rehabilitace. Doporučují se cviky, možné dlahování a další podpůrné pooperační techniky k dosažení optimálního výsledku, protože k operaci může pacient přijít v době, kdy již byl dlouhodobě přiohnut prst a omezen pohyb ve středním kloubu, který je zduřelý, bolestivý a proběhly v něm již změny.

Poznámka:

VŠEOBECNÁ FAKULTNÍ NEMOCNICE V PRAZE
U Nemocnice 499/2, 128 08 Praha 2 | IČ: 00064165, tel.: 224 961 111

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno a příjmení:	**r. č.:**

Prohlašuji, že lékař, který mi poskytl poučení, mi osobně vysvětlil vše, co je obsahem tohoto písemného informovaného souhlasu a měl/a jsem možnost klást mu otázky, na které mi řádně odpověděl. Prohlašuji, že jsem shora uvedenému poučení a informacím plně porozuměl/a a výslovně souhlasím s provedením tohoto zdravotního výkonu:

V případě, že pacient je **nezletilý/á nebo s omezenou svéprávností** a je přiměřeně rozumově a volně vyspělý/á:

Prohlašuji, že jsem byl/a poučen/a v rozsahu, který je uveden výše.

Pokud pacientovi nebyly takové údaje poskytnuty, uvede se důvod jejich neposkytnutí:

V Praze dne

....

podpis pacienta / zákonného zástupce jméno, příjmení a podpis lékaře

.....

podpis nezletilého pacienta / pacienta s omezenou svéprávností

Pokud pacient / zákonný zástupce se nemůže s ohledem na svůj zdravotní stav podepsat:

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

Způsob, jak pacient / zákonný zástupce projevil/a svou vůli:

.....

jméno, příjmení a podpis svědka