

**INFORMOVANÝ SOUHLAS**

Jméno a příjmení:	r. č.:
Zákonný zástupce pacienta (jméno, příjmení):	
Označení zdravotního výkonu (popřípadě několika výkonů): REPOZICE KYČELNÍHO KLOUBU ☐ VPRAVO ☐ VLEVO	
Účel, povaha, předpokládaný prospěch, následky a možná rizika zdravotního výkonu: Účelem výkonu je navrácení kyčelního kloubu do původní polohy. Výkon se provádí pro luxaci, vykloubení kyčelního kloubu, při němž dochází k omezení pohybů a zejména k bolestem, které znemožňují nejen normální pohyb, ale často i spánek a další aktivity běžného života. Zcela zásadní pro úspěšný výsledek je, kromě správně provedeného výkonu, i následná rehabilitační péče. Výsledkem je bezbolestný pohyb s možností normální chůze i sportovních aktivit. Pokud jde o možná rizika, je na prvním místě možnost vzniku trombózy (vznik krevních sraženin) žil dolních končetin s následnou možností plicní embolie (uvolnění krevní sraženiny do plicního oběhu), která může být komplikací smrtící. Další možná rizika se týkají zejména možnosti reluxace (znovu vykloubení) a poškození měkkých tkání, poranění sedacího nervu. S výkonem se pojí zátěž dávkou rentgenového (ionizujícího) záření, která představuje pouze minimální riziko v porovnání s přínosem diagnostické informace z provedeného vyšetření. Postupy vyšetření jsou nastaveny tak, aby dávka ionizujícího záření byla při dosažení dostatečné diagnostické výtěžnosti co možná nejnížší. Radiační zátěž z vyšetření se tak pohybuje jen v oblasti velmi nízkých dávek. Těhotenství je relativní kontraindikací provedení výkonu, a proto je nutné o případném těhotenství informovat lékaře poskytujícího toto poučení.	
Jiné možnosti, jejich vhodnost, přínosy a rizika: Výkon v podstatě nemá alternativu, možná je i repozice (navrácení do původní polohy) otevřenou cestou, což je chirurgický výkon, v případě nemožnosti či nestability repozice zavřenou cestou (bez operace). S tím souvisí i rizika vzniku komplikací v operační ráně: hnisání, krvácení a poranění tkání v okolí kloubu s možností další operace.	
Zdravotní výkon bude probíhat takto: Výkon je prováděn v krátkodobé celkové anestezii. O způsobu anestezie rozhoduje anesteziolog ve spolupráci a po domluvě s pacientem. Za asistence jednoho či dvou lékařů, provádíme podle typu vykloubení kyčelního kloubu repoziční manévr. 1. lékař nalehne obvykle na pacientovu pánev, vykonává protitah a operátor s 2. lékařem pak provádí tahem za poraněnou končetinu, podle typu vykloubení, repoziční manévr. Úspěšnost výkonu je kontrolována průběžně na rentgenu. Pokud se zavřená repozice nedaří, je nutno přistoupit k otevřené repozici, chirurgickému výkonu.	
Omezení a doporučení ve způsobu života s ohledem na zdravotní stav a případné změny zdravotní způsobilosti po provedení uvedeného zdravotního výkonu: Doba rekonvalescence do možnosti plné zátěže je různá podle rozsahu postižení a také podle stavu pacienta, pohybuje se obvykle mezi 4.-6. týdny. Během této doby je nutné odlehčování poraněné končetiny.	



INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno a příjmení:	r. č.:
Další potřebná léčba: Pravidelné kontroly na ambulanci dle domluvy s ošetřujícím lékařem.	
Poznámka: Ženy v reprodukčním věku svým níže uvedeným podpisem vylučují graviditu.	
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 vespělý/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	