



INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno a příjmení: Zadejte celé jméno	r. č.: Zadejte RČ
Zákonný zástupce pacienta (jméno, příjmení): Zadejte celé jméno	
Označení zdravotního výkonu (popřípadě několika výkonů): PLASTIKA - NÁHRADA PŘETRŽENÉHO PŘEDNÍHO TALOFIBULÁRNÍHO VAZU (ČÁSTI ZEVNÍHO POSTRANNÍHO VAZU) ŠLACHOU KRÁTKÉHO LÝTKOVÉHO SVALU ☐ VPRAVO ☐ VLEVO	
Účel, povaha, předpokládaný prospěch, následky a možná rizika zdravotního výkonu: Přetržení zmíněného vazů je poměrně časté postižení mladších lidí, zejména po ne zcela správně léčených podvrtnutích hlezna. Výkon je prováděn pro nestabilitu hlezna a jako prevence degenerativního postižení - časné artrózy. Jako každý operační výkon i tato operace má svá rizika. Mezi ně patří infekce rány, krvácení při operaci či po operaci z oblasti rány, neúspěšné zhojení ošetřených struktur a následné přetrvávající omezení funkce končetiny či porucha cití na kůži od místa poranění směrem ke konečkům prstů. V některých případech je možné další operační řešení stavu.	
Jiné možnosti, jejich vhodnost, přínosy a rizika: Výkon je prováděn při známkách kloubní nestability, která se rozvíjí při nesprávném ošetření akutní nestability způsobené úrazem, ale ještě před rozvojem artrotických změn (úbytek tkáně) v horním hlezenním skloubení. Za těchto podmínek nemá jinou alternativu, jeho cílem je obnovení stability kloubu a zabránění rozvoje degenerativního postižení.	
Zdravotní výkon bude probíhat takto: Výkon je prováděn z řezu za zevním kotníkem, z něhož jsou připraveny šlachy lýtkových svalů. Šlacha krátkého svalu je oddělena od svalové části, která je přišita k dlouhému svalu. Na straně směrem k prstům zůstává šlacha inzerována (umístněna, všita) na páté kosti záprstní. Tento šlachový štěp je provlečen otvorem v zevním kotníku v předozadním směru a v everzi nohy (vytočení chodidla za malíkem vzhůru) přišit k obalu hlezenní kosti. Na závěr operace je přiložen sádrový obvaz.	
Omezení a doporučení ve způsobu života s ohledem na zdravotní stav a případné změny zdravotní způsobilosti po provedení uvedeného zdravotního výkonu: Sádrová imobilizace (znehybnění) v everzi nohy (vytočení chodidla za malíkem vzhůru) na 6 - 7 týdnů, poté minimálně 4 týdny rehabilitace zaměřená na rozcvičení ztuhlého hlezenního kloubu. Celková doba do plné zátěže je 3 měsíce.	
Další potřebná léčba: V pooperačním období se podávají antibiotika a analgetika. Po dobu nošení sádrové imobilizace je nezbytná prevence trombembolické nemoci - injekční aplikace protisrážlivého léku do podkoží.	
Prohlašuji, že lékař, který mi poskytl poučení, mi osobně vysvětlil vše, co je obsahem tohoto písemného informovaného souhlasu a měl jsem možnost klást mu otázky, na které mi rádně	



INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno a příjmení: Zadejte celé jméno

r. č.: Zadejte RČ

odpověď. Prohlašuji, že jsem shora uvedenému poučení a informacím plně porozuměl a výslovně souhlasím s provedením tohoto zdravotního výkonu:

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

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

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

Zadejte důvod

V Praze dne Zadejte datum

.....
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 se podepsat: Zadejte důvod

Způsob, jak pacient / zákonný zástupce projevil svou vůli: Zadejte způsob

.....
jméno, příjmení a podpis svědka