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):

REVIZE STERNOTOMICKÉ RÁNY Z DŮVODU
(CHIRURGICKÝ PŘÍSTUP K SRDCI POMOCÍ PPODÉLNÉHO PROTĚTÍ HRUDNÍ KOSTI):

☐ **SYNDROM BOLESTIVÝCH KLIČEK**

☐ **POVRCHOVÁ INFEKCE STERNOTOMICKÉ RÁNY**

☐ **HLUBOKÁ INFEKCE STERNOTOMICKÉ RÁNY / NESTABILITA HRUDNÍ KOSTI**

☐ **ZAVEDENÍ / VÝMĚNA VAC SYSTÉMU**
(LÉČBA POMOCÍ VAKUUM – ASISTOVANÉHO UZÁVĚRU RÁNY)

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

Účelem výkonu je odstranit osteosyntetický materiál (drátěné kličky), který dráždí okolní tkáně, odstranit ložiska infekce, kostní úlomky, urychlit hojení v ráně před jejím definitivním uzávěrem (sešití, plastika pomocí prsních svalů apod.). VAC systém podporuje hojení tkání, tvorbu nové tkáně, odvádí tkáňovou tekutinu a poskytuje možnost stabilizace hrudní stěny v případě hluboké infekce sternotomické rány. Celkově léčbu urychluje, v indikovaných případech umožňuje časnější rekonstrukci hrudní stěny. Odstranění výpotku z osrdečníku umožňuje správnou funkci srdce.

Mezi obecná rizika operace v oblasti hrudní kosti patří zejména: poranění srdce, cév a nervů, srdeční selhání, poruchy srdečního rytmu, krvácení, nutnost krevních převodů, porucha hojení a bolest operačních ran, omezení hybnosti, neurologické komplikace, pooperační poruchy duševních funkcí vznikající na podkladě přechodného či trvalého poškození mozku apod., nežádoucí účinky léčiv, alergické reakce a reakce po podání krevních převodů, zhoršení stávajících onemocnění (cukrovka, onemocnění ledvin, plic aj.), komplikace onemocněním trávícího traktu, pooperační infekce (ranné, infekce jednotlivých tělesných orgánů), vzácně úmrtí.

Jiné možnosti, jejich vhodnost, přínosy a rizika:

Pacient může kdykoliv odmítnout operační léčbu. Alternativou je léčba otevřená s pravidelnými převazy rány, která je ve speciálních případech nebo v některých fázích léčby, vhodným postupem.

Zdravotní výkon bude probíhat takto:

Výkon probíhá v celkové anestezii nebo analgosedaci (podrobně viz souhlas s anestezií). Chirurg v rozsahu původní operační rány odstraní kovové kličky nebo infikovanou / odumřelou tkán a osteomyelytická ložiska (ložiska infekce kostní tkáně). Ránu následně zašije přímo nebo zavede systém podtlakového hojení rány (VAC) a jej pravidelně mění (po 3 - 6 dnech). V případě zavedení VAC systému, jakmile to stav rány dovolí, následuje její definitivní uzávěr pomocí sešití, případně pomocí posunu svalových laloků (nejčastěji velkého prsního svalu).

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

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno a příjmení:	**r. č.:**

Návrat do běžného života lze předpokládat po zhojení operačních ran, dokončení rehabilitace a nastavení kardiologické léčby pomocí léků (cca 2 měsíce). Doporučujeme striktní dodržování režimových opatření (vynechání kouření, uzpůsobit stravovací návyky aj.). Zásadně doporučujeme dodržovat navrženou léčbu pomocí léků, plán vyšetření.

Další potřebná léčba:

Pravidelné chirurgické kontroly v případě ranné komplikace, kardiologická kontrola na naší klinice dle potřeby. Pravidelné kontroly u praktického lékaře a kardiologa v místě bydliště.

Další případné výkony se odvíjejí od pooperačního průběhu a komplikací.

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:

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 se podepsat:

Způsob, jak pacient / zákonný zástupce projevil svou vůli:

.....

jméno, příjmení a podpis svědka