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 RÁNY Z DŮVODU:

☐ **POVRCHOVÉ INFEKCE RÁNY**

☐ **HLUBOKÉ INFEKCE RÁNY**

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

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

Účelem výkonu je odstranit ložiska infekce, urychlit hojení v ráně před jejím definitivním uzávěrem. VAC systém podporuje hojení tkání, tvorbu nové tkáně, odvádí infikovanou tkáňovou tekutinu a tím celkově léčbu urychluje a významně zkracuje dobu hospitalizace.

Mezi obecná rizika operace patří zejména 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 krevního převodu, zhoršení stávajících onemocnění (cukrovka, onemocnění ledvin, plic aj.), komplikace trávicího traktu, pooperační infekce (ranné, infekce jednotlivých tělesných orgánů), v případě defektu na dolní končetině amputace, vzácně úmrtí.

Jiné možnosti, jejich vhodnost, přínosy a rizika:

Alternativou je léčba otevřená s pravidelnými převazy, která je v indikovaných případech nebo v některých fázích léčby vhodným postupem. Obecně ve srovnání s léčbou pomocí VAC systému je pomalejší.

Zdravotní výkon bude probíhat takto:

Výkon probíhá v celkové anestezii nebo analgosedaci (podrobně viz souhlas s anestezií). Chirurg v rozsahu původní operační rány odstraní infikované / odumřelé tkáně a osteomyelytická ložiska (infikovaná kostní tkáň). Ránu následně zašije přímo nebo zavede a pravidelně vymění (po 3 - 6 dnech) systém podtlakového hojení rány (VAC). V případě zavedení VAC systému, jakmile to stav rány dovolí, následuje její definitivní uzávěr sešitím, případně plastikou pomocí okolní tkáně nebo překrytí dermoepidermálním štěpem (kožní štěp nejčastěji odebraný ze zevní strany stehna).

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

Návrat do běžného života lze předpokládat po zhojení operačních ran eventuálně defektu, dokončení rehabilitace a nastavení léčby (cca 2 měsíce). Doporučujeme dodržování režimových opatření (vynechání kouření, uzpůsobení stravovacích návyků aj.). Zásadně doporučujeme dodržovat navrženou léčbu, plán vyšetření a pravidelné kontroly u praktického lékaře a eventuálně dalších doporučených lékařských specialistů.

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno a příjmení:	**r. č.:**

Další potřebná léčba:

Pravidelné chirurgické kontroly, kontrola praktickým lékařem. Ultrazvukové kontroly cévních rekonstrukcí (v případě, že jsou přítomny).

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