

a

Příjmení, jméno, titul: .....

Rodné číslo: .....

Bydliště: .....

Telefon (mobil, domů): .....

E-mail: .....

K ošetření odeslal/a: .....

uzavírají smlouvu o poskytnutí ambulantní péče ve zdravotnickém zařízení za přímou úhradu pacienta.

Vážená paní, vážený pane,

máte v úmyslu podstoupit zákrok, jehož léčebným eventuelně estetickým cílem je odstranit či zmenšit Vaše zdravotní, kosmetické či jiné obtíže. Toto ošetření naruší integritu Vaší osobnosti, v některých případech i nevratně. Účelem tohoto informovaného souhlasu je poskytnout Vám dostatečné informace, které Vám umožní kvalifikovaně se rozhodnout, zda ošetření podstoupíte či nikoliv.

## **INFORMOVANÝ SOUHLAS**

### **OPERACE SYNDROMU KARPÁLNÍHO TUNELU**

#### **Účel ošetření:**

Účelem ošetření je splnění léčebného (estetického) cíle, v tomto případě odstranění syndromu karpálního tunelu.

Tento syndrom vzniká útlakem středního nervu - n. medianus – v oblasti zápěstní rýhy a dlaně. Příčinou vzniku syndromu je zbytnění vazy, který tento tunel ohraničuje, a tudíž zmenšuje jeho průsvit. Syndrom se projevuje bolestí, pocitem mravenčení prstů, oslabením úchopu, ochabnutím svalů ruky, které nerv svou funkcí ovládá.

#### **Průběh ošetření:**

Samotné operaci předchází konzultace s lékařem, který Vám vysvětlí celý postup operace, včetně způsobu anestezie. Operace se provádí ambulantně v místním znecitlivění. Z přibližně 5cm dlouhého řezu (délka řezu se může změnit během operace dle aktuálního nálezu), operatér pronikne podkožím k vazy, přestříhne jej, poté zkontroluje volnost nervu a sešije ránu. Některé kroky operace mohou být vnímány nepříjemně, bolest pacient standardně necítí. Vnímá-li pacient bolest, operatér je připraven zvýšit dávku anestetika dle aktuální potřeby pacienta.

Zákrok trvá přibližně 20 – 30 min. V případě, že nenastanou komplikace v průběhu operace či bezprostředně po ní, odchází pacient domů.

#### **Doporučení pro pacienta:**

##### **Před operací:**

V rámci přípravy na operaci si zajistěte odvoz domů.

##### **Po operaci:**

Před odchodem domů budete poučeni o vhodné péči. Doporučuje se po dobu 3-6 týdnů omezit zatěžování končetiny těžkou prací. Stehy se odstraňují 11. pooperační den.

**Následky, které nelze po provedeném chirurgickém zákroku vyloučit, jsou následující**

komplikace spojené s aplikací anestetika (otok, necitlivost, změna barvy kůže, nevolnost, změna krevního tlaku, šok vyvolaný alergickou reakcí organismu), alergie na desinfekční prostředky, anestetikum, bolest, zánět, otok, hematom (modřina), popáleniny, stroupky, jizva, nerovnosti kůže, změna barvy kůže – zarudnutí, pigmentace, depigmentace, změny citlivosti pokožky, neefektivnost ošetření, infekce v ráně, neúplný ústup předoperačních bolestí či pocitu mravenčení, zhoršený komfort v dlani. Jizva může být tuhá, bolestivá.

**V případě pozákrokových komplikací se ihned spojte s naším pracovištěm.**

Nekontaktujte jiného lékaře, neboť tyto výkony jsou prováděny pouze na několika místech v republice a lékaři, kteří nemají žádné zkušenosti se zákroky asistovanými lasery, se nemohou objektivně vyjádřit k pozákrokovému stavu.

Stvrzuji svým podpisem, že jsem byl/a plně informován/a o plánovaném zákroku. Jsem si vědom/a možných následků a rizik a nemám na ošetřujícího žádné další dotazy. Souhlasím se smluvní cenou.

Souhlasím s případným pořízením fotodokumentace a jejím použitím k prezentačním účelům.

Souhlasím se zpracováním osobních údajů. Stvrzuji svým podpisem, že jsem informovala ošetřujícího lékaře o svém zdravotním stavu, zejména o skutečnostech, které by mohly ovlivnit průběh ošetření. S provedením zákroku souhlasím i přes narušení integrity mé osobnosti.

.....  
**podpis ošetřujícího**

.....  
**datum**

.....  
**podpis pacienta**

**V případě, že se pacient nemůže podepsat:**

Prohlášení svědka, který byl projevu souhlasu přítomen

Jméno, příjmení, datum narození, adresa:

prohlašuji, že pacient přede mnou projevil, že po poskytnutém poučení souhlasí se zákrokem včetně všech jednotlivých výše uvedených prohlášení.

Pacient se nemůže podepsat z důvodu, že:

Pacient projevils svůj souhlas tak, že:

Podpis svědka: