

Informovaný souhlas pacienta (zákonného zástupce) s artroskopií hlezna

Údaje o pacientovi:

Jméno pacienta.....

(titul, jméno, příjmení)

Rodné číslo..... /

Bydliště.....

Číslo zdravotní pojišťovny.....

(nutné vyplnit čitelným písmem, nebo nalepit štítek pacienta s osobními údaji)

1) Název výkonu a jeho účel

Byla mi doporučena **artroskopie hlezenního kloubu** (diagnostická a/nebo léčebná). Jedná se o miniinvazivní operační výkon, při kterém je hlezenní kloub vyšetřen a ošetřen pomocí optiky a jemných nástrojů zavedených do kloubu drobnými kožními řezy.

Důvodem k výkonu mohou být zejména:

- chronické nebo opakované bolesti hlezna,
- omezení hybnosti, blokády kloubu,
- poúrazové změny,
- poškození chrupavky (osteochondrální defekty),
- synovitida,
- přední či zadní impingement hlezna,
- volná tělíska v kloubu,
- časné degenerativní změny,
- jiné nitrokloubní patologické nálezy.

Cílem výkonu je **upřesnění diagnózy** a dle peroperačního nálezu **provedení odpovídajícího ošetření** s cílem zmírnit obtíže, zlepšit funkci kloubu a kvalitu chůze.

2) Popis výkonu (jak zákrok probíhá)

Výkon se obvykle provádí v **celkové nebo regionální (svodné) anestezii** dle rozhodnutí anesteziologa. Během výkonu jsou vytvořeny drobné kožní vstupy, kterými je do kloubu zaveden artroskop a operační nástroje. Kloub je naplněn tekutinou pro zajištění dobrého přehledu.

Dle nálezu může být provedeno např.:

- odstranění volných tělísek,
- ošetření chrupavky (debridement, mikrofraktury),
- synovektomie,
- ošetření impingementu (odstranění osteofytů nebo měkkotkáňových překážek),
- uvolnění jizevnatých změn,
- další nezbytné artroskopické výkony.

Po výkonu může být zaveden **drén**. Hlezo může být krátkodobě znehybněno obvazem, ortézou nebo sádrou fixací dle typu výkonu.

3) Možné alternativy (jiné postupy)

Byl(a) jsem poučen(a), že alternativami k artroskopii mohou být:

- konzervativní léčba (klidový režim, analgetika, protizánětlivá léčba),
- fyzioterapie,
- injekční terapie,
- zobrazovací vyšetření (např. MRI, CT),
- otevřený operační výkon.

Rozumím, že **volba léčby závisí na klinickém nálezu, výsledcích vyšetření a vývoji obtíží.**

4) Pooperační režim a spolupráce pacienta

Po výkonu je obvykle doporučeno:

- dočasné odlehčení nebo omezení zátěže operované končetiny dle typu výkonu,
- používání ortézy nebo berlí dle doporučení lékaře,
- postupná mobilizace hlezna,

- cílená rehabilitace k obnovení hybnosti a stability,
- péče o operační rány,
- odstranění stehů obvykle **7.–14. den**,
- postupný návrat k běžné zátěži dle doporučení lékaře.

Byl(a) jsem poučen(a), že **dodržování pooperačního režimu a rehabilitace má zásadní vliv na výsledek léčby.**

5) Rizika a možné komplikace

Žádný operační výkon nelze provést zcela bez rizika. Přestože je artroskopie hlezna běžným výkonem, mohou se vyskytnout komplikace.

5.1 Obecná rizika anestezie a operace

- alergická reakce na léky, dezinfekci nebo materiály,
- nevolnost, zvracení, bolest hlavy,
- komplikace spojené s anestezií,
- komplikace související s jinými onemocněními pacienta.

5.2 Místní komplikace v oblasti hlezna

- bolest, otok, krevní výrony,
- krvácení nebo hematom,
- infekce operační rány nebo kloubu (vzácná, ale závažná),
- porucha hojení rány,
- poranění nervů v okolí hlezna (porucha citlivosti, brnění, bolest) – většinou přechodné, vzácně trvalé,
- poranění cév s krvácením – velmi vzácně,
- ztuhlost hlezenního kloubu nebo omezení hybnosti,
- přetrvávající výpotek,
- přetrvávání nebo návrat obtíží.

5.3 Rizika spojená s výsledkem léčby

- obtíže se nemusí zcela upravit,
- omezený efekt výkonu zejména při pokročilých degenerativních změnách,
- nutnost další konzervativní nebo operační léčby.

5.4 Celková rizika

- trombóza hlubokých žil a plicní embolie,
- komplexní regionální bolestivý syndrom (CRPS/Sudeck).

6) Kdy vyhledat lékařskou pomoc po výkonu

Byl(a) jsem poučen(a), že mám neodkladně kontaktovat lékaře při:

- výrazném zhoršení bolesti nebo otoku hlezna,
- zarudnutí, hnisání nebo rozestupu operační rány,
- horečce nebo zimnici,
- náhlém bolestivém otoku lýtky, dušnosti nebo bolesti na hrudi,
- nové poruše citlivosti nebo hybnosti nohy.

7) Souhlas s rozsahem výkonu dle nálezů

Rozumím, že během artroskopie může být zjištěn nález, který nebylo možné přesně určit před výkonem, a že operátor může provést **nezbytné a přiměřené rozšíření výkonu v rámci artroskopie hlezenního kloubu**, pokud je to medicínsky odůvodněné.

8) Prostor pro dotazy

Měl(a) jsem možnost klást dotazy, vše mi bylo vysvětleno srozumitelně a odpovědi jsem pochopil(a). Byl(a) jsem poučen(a) o právu souhlas odmítnout nebo jej kdykoli odvolat.

Souhlas pacienta / zákonného zástupce

Já, níže podepsaný(á), prohlašuji, že jsem byl(a) poučen(a) a **souhlasím s provedením artroskopie hlezenního kloubu** dle výše uvedeného rozsahu a s případným přiměřeným rozšířením výkonu dle peroperačního nálezů.

Jméno pacienta / zák. zástupce:

Podpis:

Datum: