

Informovaný souhlas pacienta (zákonného zástupce) s operativní léčbou DeQuervainovy choroby

Jméno a příjmení 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 **operační léčba De Quervainovy choroby**, což je onemocnění způsobené **zúžením a zánětlivými změnami šlachového pouzdra šlach palce** (m. abductor pollicis longus a m. extensor pollicis brevis) v oblasti 1. dorzálního kompartmentu zápěstí. Cílem operace je **uvolnění zúženého šlachového pouzdra**, snížení nebo odstranění bolesti, zlepšení hybnosti palce a funkce ruky.

2) Popis výkonu (jak zákrok probíhá)

Výkon se obvykle provádí v **lokální anestezii**, případně v kombinaci se svodnou anestezií. Operace spočívá v:

- provedení malého kožního řezu v oblasti zápěstí na palcové straně,
- **otevření (protěti) zúženého šlachového pouzdra** 1. dorzálního kompartmentu,
- uvolnění šlach a obnovení jejich volného skluzu,
- případném ošetření přidružených přepážek (sept) v kompartmentu.

Po výkonu je rána uzavřena stehy, končetina je obvykle **krátkodobě znehybněna** obvazem nebo dlahou.

3) Možné alternativy (jiné postupy)

Byl(a) jsem poučen(a), že alternativou k operaci může být:

- klidový režim, omezení zátěže,
- ortéza nebo dlahy,
- fyzioterapie,
- lokální aplikace kortikosteroidních injekcí,
- analgetická a protizánětlivá léčba.

Rozumím, že **konzervativní léčba nemusí vést k trvalému zlepšení** a při jejím selhání je operační řešení indikováno.

4) Pooperační režim a spolupráce pacienta

Po operaci je obvykle doporučeno:

- krátkodobé šetření ruky a zápěstí,
- postupná mobilizace prstů a palce dle tolerance,
- péče o operační ránu,
- odstranění stehů obvykle **10.–14. den**,
- postupný návrat k běžné zátěži dle doporučení lékaře,
- rehabilitace dle potřeby.

Byl(a) jsem poučen(a), že **dodržování pooperačních pokynů** je důležité pro správné hojení a výsledek léčby.

5) Rizika a možné komplikace

Žádný operační výkon nelze provést zcela bez rizika. Přestože se jedná o relativně malý a běžný výkon, mohou se vyskytnout komplikace.

5.1 Obecná rizika anestezie a operace

- alergická reakce na léky, dezinfekci nebo materiály,
- nevolnost, závratě, bolest hlavy,
- komplikace spojené s lokální nebo svodnou anestezií,
- komplikace související s celkovým zdravotním stavem pacienta.

5.2 Místní komplikace v oblasti zápěstí

- **bolest, otok, krevní výrony** v místě výkonu,
- **krvácení nebo hematoma**,
- **infekce operační rány** – může vyžadovat antibiotickou léčbu nebo další zákrok,
- **porucha hojení rány**, dehiscence,
- **poranění kožních nervů** (zejména senzitivní větve n. radialis) s poruchou citlivosti, brněním nebo bolestivým neuromem (často přechodné, výjimečně trvalé),
- **jizvení a citlivá jizva**, kosmetické následky,
- **ztuhlost palce nebo zápěstí**,
- **přetrvávání nebo návrat obtíží** (recidiva),
- vzácně **porucha skluzu šlach** nebo jejich poškození.

5.3 Rizika spojená s výsledkem léčby

- obtíže se nemusí zcela upravit nebo mohou přetrvávat,
- může být nutná další konzervativní nebo operační léčba,
- návrat obtíží při opakovaném přetěžování ruky.

6) Kdy vyhledat lékařskou pomoc po výkonu

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

- výrazném zhoršení bolesti, otoku nebo zarudnutí,
- hnisavém výtoku z rány,
- horečce nebo zimnici,
- poruše citlivosti nebo hybnosti palce či prstů.

7) Souhlas s rozsahem výkonu dle nálezů

Rozumím, že během výkonu může být zjištěn nález, který nebylo možné s jistotou určit před operací, a že operátor může provést **nezbytné a přiměřené úpravy výkonu** v rámci operační léčby De Quervainovy choroby, 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 operační léčby De Quervainovy choroby** dle výše uvedeného rozsahu a s případnými nezbytnými úpravami výkonu dle peroperačního nálezů.

Jméno pacienta / zák. zástupce:

Podpis: Datum: