

Informovaný souhlas pacienta (zákonného zástupce) s operací Dupuytrenovy kontraktury

1) Název výkonu a jeho účel

Byla mi doporučena **operační léčba Dupuytrenovy kontraktury**, což je chronické onemocnění charakterizované **zmnožením a ztluštěním vazivové tkáně dlaně**, vedoucí k postupnému **ohnutí (kontraktuře) jednoho nebo více prstů ruky** a k omezení jejich funkce. Cílem operace je **uvolnění kontraktury**, zlepšení postavení a hybnosti prstů, zlepšení funkce ruky a kvality života. Bylo mi vysvětleno, že operace **neodstraňuje příčinu onemocnění** a že se jedná o léčbu symptomatickou.

2) Popis výkonu (jak zákrok probíhá)

Výkon se obvykle provádí v **lokální, svodné (regionální) nebo celkové anestezii** dle rozsahu postižení a rozhodnutí anesteziologa. Operační výkon může zahrnovat:

- **parciální nebo kompletní odstranění postižené fascie** (fasciektomie),
- u těžších forem **dermofasciektomii** s případným kožním krytím,
- uvolnění kloubních kontraktur,
- ošetření více prstů současně.

Po operaci je ruka obvykle **znehybněna dlahou**, následuje řízená rehabilitace a postupná mobilizace prstů.

3) Možné alternativy (jiné postupy)

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

- observace u lehkých forem bez výrazného omezení funkce,
- konzervativní postupy (dlahování, rehabilitace),
- injekční léčba (např. kolagenáza) nebo perkutánní techniky – dle dostupnosti a indikace.

Rozumím, že **konzervativní postupy obvykle nevedou k trvalému odstranění kontraktury** a u pokročilých forem je operace neúčinnější metodou.

4) Pooperační režim a spolupráce pacienta

Po operaci je obvykle doporučeno:

- klidový režim ruky s elevací končetiny,
- postupná mobilizace prstů dle doporučení lékaře nebo terapeuta,
- nošení dlahy dle instrukcí (zejména v nočních hodinách),
- pravidelná rehabilitace (ergoterapie),
- péče o operační ránu,
- odstranění stehů obvykle **10.–14. den**,
- dlouhodobější cvičení k udržení rozsahu pohybu.

Byl(a) jsem poučen(a), že **rehabilitace je zásadní součástí léčby** a významně ovlivňuje konečný výsledek.

5) Rizika a možné komplikace

Žádný operační výkon nelze provést bez rizika. Přestože jsou tyto operace běžné, mohou se vyskytnout komplikace.

5.1 Obecná rizika anestezie a operace

- alergické reakce na léky, dezinfekci nebo materiály,
- nevolnost, závratě, bolesti hlavy,
- komplikace spojené s anestezií,
- komplikace související s celkovým zdravotním stavem pacienta.

5.2 Místní komplikace v oblasti ruky

- **bolest, otok, krevní výrony,**
- **krvácení nebo hematom,**
- **infekce operační rány** – může vyžadovat antibiotickou léčbu nebo další zákrok,
- **porucha hojení rány**, odumření okrajů kůže,

- **ztuhlost prstů nebo kloubů**, omezení hybnosti,
- **poranění nervů** (porucha citlivosti, brnění, bolest) – přechodné i trvalé,
- **poranění šlach nebo cév** – vzácně se závažnými následky,
- **citlivá nebo bolestivá jizva**, hypertrofická jizva,
- **dlouhodobý otok ruky**.

5.3 Specifická rizika Dupuytrenovy kontraktury

- **neúplné narovnění prstu** i po operaci,
- **recidiva onemocnění** (návrat kontraktury) – i po úspěšném výkonu,
- **zhoršení hybnosti** při nedostatečné rehabilitaci,
- nutnost **další operace** v budoucnu.

5.4 Celková rizika

- **komplexní regionální bolestivý syndrom (CRPS/Sudeck)** – vzácně dlouhodobá bolest a porucha funkce,
- vzácně tromboembolické komplikace.

6) Kdy vyhledat lékařskou pomoc po výkonu

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

- výrazném zhoršení bolesti nebo otoku,
- zarudnutí, hnisání nebo rozestupu rány,
- horečce nebo zimnici,
- poruše citlivosti nebo hybnosti prstů.

7) Souhlas s rozsahem výkonu dle nálezů

Rozumím, že během operace může být zjištěn nález, který nebylo možné přesně určit před výkonem, a že operátor může provést **nezbytné a přiměřené rozšíření nebo úpravu výkonu**, 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 Dupuytrenovy kontraktury** dle výše uvedeného rozsahu a s případnými nezbytnými úpravami výkonu dle peroperačního nálezů.

Jméno pacienta / zák. zástupce:

Podpis: Datum: