

Informovaný souhlas pacienta (zákonného zástupce) s operací epikondylitidy (tenisového a oštěpařského neboli golfového lokte)

1) Název výkonu a jeho účel

Byla mi doporučena **operační léčba epikondylitidy lokte**, tedy bolestivého postižení úponů svalů předloktí na zevní (**laterální epikondylitida – tenisový loket**) nebo vnitřní (**mediální epikondylitida – golfový / oštěpařský loket**) straně lokte.

Cílem operace je **odstranění degenerativně změněné tkáně v oblasti šlachových úponů**, snížení nebo odstranění bolesti, zlepšení funkce horní končetiny a umožnění návratu k běžným aktivitám.

2) Popis výkonu (jak zákrok probíhá)

Výkon se obvykle provádí v **lokální, svodné (regionální) nebo celkové anestezii** dle rozhodnutí lékaře a anesteziologa. Operace může být provedena:

- **otevřeně** malým kožním řezem,
- **artroskopicky** (u vybraných případech).

Podstatou výkonu je:

- uvolnění a ošetření postižených šlachových úponů,
- odstranění degenerované tkáně,
- případné nabrání (revitalizace) kosti v místě úponu,
- ošetření přidružených změn v okolních strukturách.

Po výkonu může být loket **krátkodobě znehybněn** obvazem nebo ortézou, následně je zahájena postupná rehabilitace.

3) Možné alternativy (jiné postupy)

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

- klidový režim a omezení zátěže,
- ortézy a bandáže,
- fyzioterapie,
- lokální injekční léčba (kortikosteroidy, PRP apod.),
- analgetická a protizánětlivá léčba,
- rázová vlna.

Rozumím, že **operační léčba je indikována až při selhání konzervativních metod**.

4) Pooperační režim a spolupráce pacienta

Po operaci je obvykle doporučeno:

- krátkodobé šetření končetiny,
- postupná mobilizace lokte dle tolerance,
- rehabilitace zaměřená na obnovení hybnosti a síly,
- péče o operační ránu,
- odstranění stehů obvykle **10.–14. den**,
- postupný návrat k plné zátěži v průběhu týdnů až měsíců.

Byl(a) jsem poučen(a), že **nedodržení pooperačního režimu může vést k přetrvávání obtíží nebo k selhání léčby**.

5) Rizika a možné komplikace

Žádný operační výkon nelze provést bez rizika. Přestože se jedná o 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 anestezií,
- komplikace související s celkovým zdravotním stavem pacienta.

5.2 Místní komplikace v oblasti lokte

- **bolest, otok, krevní výrony,**
- **krvácení nebo hematom,**
- **infekce operační rány** – může vyžadovat antibiotickou léčbu nebo další zákrok,
- **porucha hojení rány,**
- **poranění nervů** v okolí lokte (porucha citlivosti, brnění, slabost) – obvykle přechodné, vzácně trvalé,
- **ztuhlost lokte** nebo omezení hybnosti,
- **citlivá nebo bolestivá jizva,**
- **přetrvávání nebo návrat bolesti.**

5.3 Specifická rizika výkonu

- **nedostatečný efekt operace** nebo přetrvávání obtíží,
- **recidiva epikondylitidy,**
- **oslabení svalové síly** předloktí,
- **nutnost další konzervativní nebo operační léčby.**

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,
- nové poruše citlivosti nebo hybnosti ruky či 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 úpravy nebo rozšíření 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 epikondylitidy lokte** (laterální nebo mediální) dle výše uvedeného rozsahu a s případnými nezbytnými úpravami výkonu dle peroperačního nálezů.

Jméno pacienta / zák. zástupce:

Podpis: Datum: