

Informovaný souhlas pacienta (zákonného zástupce) s operativní léčbou karpálního tunelu

1) Název výkonu a jeho účel

Byla mi doporučena **operační léčba syndromu karpálního tunelu**, což je onemocnění způsobené **útlakem středového nervu (nervus medianus)** v oblasti zápěstí.

Typickými projevy jsou bolesti, brnění, mravenčení, porucha citlivosti prstů (zejména palce, ukazováku, prostředníku a poloviny prsteníku), noční bolesti a postupně i **oslabení svalů ruky**. Cílem operace je **uvolnění nervu** přetnutím příčného zápěstního vazy (retinaculum flexorum), zmírnění nebo odstranění obtíží a zabránění dalšímu poškození nervu.

2) Popis výkonu (jak zákrok probíhá)

Výkon se obvykle provádí v **lokální anestezii**, případně ve svodné anestezii. Operace může být provedena:

- **otevřenou technikou** malým kožním řezem v oblasti dlaně/zápěstí,
- **miniinvazivní nebo endoskopickou technikou** (dle indikace a zvyklostí pracoviště).

Podstatou výkonu je:

- **přetnutí příčného zápěstního vazy**,
- uvolnění nervus medianus,
- kontrola průběhu nervu a okolních struktur.

Po operaci je rána uzavřena stehy, ruka je obvykle **krátkodobě šetřena** obvazem nebo dlahou.

3) Možné alternativy (jiné postupy)

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

- klidový režim a omezení zátěže,
- noční dlahy/ortézy,
- fyzioterapie,
- lokální aplikace kortikosteroidních injekcí,
- analgetická a protizánětlivá léčba.

Rozumím, že **konzervativní léčba nemusí vést k trvalému zlepšení** a při přetrvávání nebo zhoršování obtíží je operační řešení metodou volby.

4) Pooperační režim a spolupráce pacienta

Po operaci je obvykle doporučeno:

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

Byl(a) jsem poučen(a), že **návrat citlivosti a síly může být pozvolný**, zejména při dlouhodobém útlaku nervu.

5) Rizika a možné komplikace

Žádný operační výkon nelze provést zcela bez rizika. Přestože se jedná o běžný a relativně malý 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 anestezii,
- komplikace související s celkovým zdravotním stavem pacienta.

5.2 Místní komplikace v oblasti zápěstí a ruky

- **bolest, otok, krevní výrony** v místě výkonu,
- **krvácení nebo hematoma**,

- **infekce operační rány** – může vyžadovat antibiotickou léčbu nebo další zákrok,
- **porucha hojení rány**, rozestup rány,
- **poranění nervů** (zejména větví nervus medianus nebo kožních nervů) s poruchou citlivosti, brněním, bolestí nebo slabostí – přechodné i trvalé,
- **poranění šlach nebo cév** – vzácně se závažnými následky,
- **citlivá nebo bolestivá jizva**, jizva v dlani při zátěži,
- **ztuhlost prstů nebo zápěstí**.

5.3 Rizika spojená s výsledkem léčby

- obtíže se nemusí zcela upravit, zejména při dlouhodobém nebo těžkém poškození nervu,
- přetrvávání nebo návrat potíží,
- **pomalé nebo neúplné zlepšení citlivosti a svalové síly**,
- 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 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 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 syndromu karpálního tunelu** dle výše uvedeného rozsahu a s případnými nezbytnými úpravami výkonu dle peroperačního nálezů.

Jméno pacienta / zák. zástupce:

Podpis: Datum: