

## INFORMOVANÝ SOUHLAS

*Pozorně si prosím přečtete následující informace!. V případě, že jim dostatečně nerozumíte, nebo budou tyto informace pro Vás nedostatečné, požádejte Vašeho lékaře o jejich dodatečné vysvětlení. Zkontrolujte správnost všech údajů a pokud jste informacím porozuměl(a), vyjádřete souhlas s operací svým podpisem.*

Vážená paní, vážený pane,

na základě předchozího vyšetření a konzultací Vám byla nabídnuta operace, která by Vaše obtíže měla odstranit nebo alespoň zmenšit. Účelem tohoto souhlasu je poskytnuta Vám dodatečné informace, které umožní Vaše kvalifikované rozhodnutí, zda tuto operaci podstoupíte či nikoliv. Jedná se o následující výkon:

### **Operace lokte - radiální či ulnární epikondylitida**

Názvem **epikondylitida** oznažujeme úponové bolesti na zevní (vnitřní) straně lokte v oblasti úponů natahovačů ruky a prstů. Patří mezi nejčastěji se vyskytující entezopatie (poškození svalových úponů)

Na vznik potíží má vliv více faktorů. Na prvním místě jde však o přetížení s následnými poruchami mikrocirkulace na přechodu svalu a šlachy do kosti se zánětlivou reakcí v oblasti úponů.

V případech, kdy předchozí konzervativní léčba (protizánětlivé léky, masti, rehabilitace, protizánětlivé místní obstrůvky) nevede k ústupu potíží, přistupujeme k léčbě operační.

**Námi používaná operační metoda spočívá v uvolnění svalového úponu na zevní (vnitřní) straně a snesení tenké kostní lamely z místa pod úponem. Svalový úpon pak přišijeme nepatrně níže s menším napětím svalového úponu. Pooperačně přikládáme ortézu, závěs končetiny nebo i sádrovou dlahu až do odstranění stehů, pak následuje postupné rozcvičení a posilování svalů a zatěžování. Operaci provádíme nejčastěji v celkové anestezii.**

Žádný lékař ani pracoviště Vám nemůže garantovat nekomplikovaný průběh operace a pooperačního rekonvalescence. Komplikace během operace a po ní se v určitém, i když velmi malém, procentu vyskytují a je tedy nutné, aby jste si těchto možných komplikací byl(a) vědom(a). Lze říci, že pravděpodobnost výskytu komplikace je přímo úměrná přítomnosti rizikových faktorů. Těmi mohou být pokročilý věk, přítomnost dalších onemocnění (diabetes mellitus, ateroskleróza, onemocnění srdce a plic atd.), nesprávná životospráva (obezita, kouření) a větší rozsah operačního výkonu. Vyšší riziko komplikací mají samozřejmě pacienti, nedodržující pokyny lékaře.

Mezi **všeobecné** komplikace, hrozící obecně při jakékoliv operaci, patří krvácení během operace a po ní, infekce, roztržení operační rány, prodloužené hojení rány, tvorba hypertrofických až keliodních jizev, alergická reakce na desinfekci, použítá léčiva nebo šicí a obvazový materiál. Při vážných komplikacích může být nutná opakovaná operace.

Mezi **specifické** komplikace patří recidiva onemocnění, která se i přes správně provedenou operaci u části pacientů vyskytuje. Příčinou je je obnovení zánětlivé reakce v úponu.

Komplikace při a po operaci se mohou objevit i přes naši maximální možnou snahu jim zabránit. Většina komplikací je však řešitelných. Tato informace jistě nemůže být vyčerpávající. Ptejte se proto, prosím, svého ošetřujícího lékaře nebo operátora na všechno, co Vás ve vztahu k plánovanému operačnímu výkonu ještě zajímá. I sebelépe provedeným výkonem nelze splnit nerealistické očekávání.

**PROSÍM PTEJTE SE NA VŠECHNO, CO SE VÁM ZDÁ DŮLEŽITÉ !**

**Jméno a příjmení:**

**Rodné číslo:**

**Prohlašuji, že mi byl náležitě a srozumitelně objasněn důvod operace, způsob jejího provedení včetně umístění řezů, rozsah vlastního chirurgického zákroku a předpokládaný vzhled budoucích jizev. Poučení jsme pochopil(a) a jsem si vědom(a) možných komplikací. Souhlasím s plánovaným operačním výkonem.**

.....

datum

.....

podpis pacienta

**Potvrzuji, že jsem pacientovi, případně jednomu z rodičů nebo zákonnému zástupci, vysvětlil povahu a způsob provedení operace, způsob znecitlivění a pravděpodobný pooperační průběh, včetně rizika možných komplikací a včetně případných pooperačních omezení, a to tak, aby tyto informace byly dle mého názoru této osobě dostatečně srozumitelné.**

.....

datum

.....

Razítko a podpis lékaře