

INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTA S OPERAČNÍM VÝKONEM

Zarůstající nehet

Vážení rodiče,

u Vašeho dítěte byl zjištěn zarůstající nehet na palci nohy, který je nutné léčit operačně. Pro Váš souhlas s operací je potřebné, abyste již předem měli alespoň základní informace o onemocnění a znali i případná rizika nebo možné následky onemocnění a operace. Před samotnou operací s Vámi bude ještě hovořit operatér, popř. jiný lékař, přitom Vám dále vysvětlí všechno, co budete chtít vědět o operaci a pravděpodobném průběhu léčby Vašeho dítěte. Tato písemná informace Vám má pomoci při Vašem vlastním rozhodování ohledně souhlasu s léčbou a operací.

Základní údaje o onemocnění

Zarostlý nehet (unguis incarnatus) je velmi častým onemocněním palců u nohou. Ostatní prsty bývají postiženy ojediněle. Jedná se o vklínění postranních okrajů nehtu do okolních měkkých tkání. Příčinou vzniku postižení je především nesprávné stříhání nehtů, hypertrofický nehtový val nebo také špatná obuv.

Důvod operace

Tím, že se okraje nehtů vklíní do měkkých tkání, dochází k jejich zraňování a tím k infekci. Nehtový val je zarudlý, velmi bolestivý, často se sekrecí. V případě neléčení může dojít k rozšíření infekce na celý prst a k zánětu kosti.

Vyšetření

Pro vyšetření je zcela zásadní klinické vyšetření lékařem, pohledem.

Chirurgická léčba

Spočívá v odstranění zarostlého nehtu do nehtového lůžka a úpravě kožního valu.

Pooperační průběh

Pooperační bolesti jsou u dětí zřetelně menší než u dospělých pacientů a navíc jsou tlumeny léky, rekonvalescence je rychlejší. Propuštění domů je možné v den výkonu.

Komplikace

Ojediněle se může vyskytnout zánět v ráně, popřípadě jako pozdější komplikace recidiva zarůstajícího nehtu.

Vážení rodiče,

přejeme si, aby léčba Vašeho dítěte proběhla nerušeně, bez komplikací a aby se Vaše dítě mohlo vrátit co nejdříve domů.

Souhlas rodičů dítěte (popř. jiného zákonného zástupce) s výkonem

Pacientka /x/ Rodné číslo:/.....
jméno příjmení

zákonný zástupce /x/
jméno příjmení titul

Důvod výkonu (srozumitelně, laicky, specifikujte v níže uvedených bodech) :

Účel a povaha zdravotního výkonu, typ navrhované léčby, výhody a rizika pro pacienta, prognóza:

Poučení, zda má zdravotní výkon nějaké **alternativy** a zda má zákonný zástupce možnost zvolit si jednu z alternativ:

Údaje o případném možném **omezení** v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti, případné změny zdravotní způsobilosti:

Údaje o **léčebném režimu** a **preventivních opatřeních** (edukace), o provedení kontrolních zdravotních výkonů:

Byl/a jsem srozumitelně seznámen/a se zdravotním stavem pacienta/tky a s jeho možným vývojem. Byl/a jsem poučen/a o možnostech vyšetření a léčby. Byly mi zodpovězeny všechny mé otázky, a to srozumitelně, včetně všech rizik či komplikací.

Prohlašuji, že jsem lékařům nezamlčel/a žádné mně známé údaje o pacientově zdravotním stavu, které by mohly nepříznivě ovlivnit jeho/její léčbu nebo ohrozit jeho/její okolí, zejména rozšířením přenosné choroby.

Souhlasím s navrhovaným postupem léčby. Podpis zákonného zástupce:

V Chrudimi dne v.....hod.

Jmenovka a podpis lékaře/řky:

/x/ vyplní zdravotnický zaměstnanec