



Informovaný souhlas pacienta (tky) s výkonem

DEKOMPRESSE KARPÁLNÍHO TUNELU

Jméno pacienta:	
Datum narození:	
Přijímající lékař:	

Vážená paní, vážený pane,

rozhodl (a) jste se podrobit chirurgickému zákroku. Před touto operací budete ošetřujícím lékařem podrobně informován (a) o povaze a způsobu provedení operace a o možných pooperačních komplikacích a následcích. Tento materiál by Vám měl podat základní informaci o plánované operaci.

CÍL A POPIS VÝKONU

Princip operace je velmi jednoduchý. V místním znecitlivění, aplikovaném injekční jehlou přímo k místu zákroku, se z krátkého podélného řezu ve dlani protne příčný vaz v oblasti zápěstí, pod kterým prochází stíštěný nerv (nervus medianus). Dojde tak k uvolnění všech stíštěných struktur karpálního tunelu, tedy i k uvolnění tísněného nervu. Někdy se k výkonu připojuje ještě odstranění zbytnělých šlachových obalů v prostoru tunelu (synovektomie). Velmi brzo (první či druhý pooperační den) je možno očekávat výraznou úlevu. Ostatní potíže by měly vymizet do několika týdnů až měsíců v závislosti na tom, jak pokročilé bylo postižení nervu před operací. Je-li již nerv nevratně postižen, k plnému návratu funkce a citlivosti ruky nedojde.

MOŽNÉ KOMPLIKACE

Žádný lékař ani pracoviště Vám nemůže garantovat nekomplikovaný průběh operace a pooperační rekonvalescence. Komplikace během operace a po ní se v určitém, i když velmi malém, procentu vyskytují a je tedy nutné, abyste 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.

Všeobecné komplikace

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 keloidních jizev, alergická reakce na desinfekci, použítá léčiva nebo na šicí a obvazový materiál. Při vážných komplikacích může být nutná opakovaná operace.

Specifické komplikace

Mezi specifické komplikace dekomprese karpálního tunelu zařazujeme vzácné poškození nervu nebo jeho drobných větví, způsobující poruchu kožního cití nebo hybnosti palce, bolestivost jizvy dlaně nebo vznik algodystrofického syndromu (Sudeckův syndrom), což je onemocnění, provázené



**Nemocnice
Náchod**

Oblastní nemocnice Náchod a.s., nemocnice Rychnov nad Kněžnou
Ortopedie - lůžkové oddělení
Jiráskova 506, 516 23 Rychnov nad Kněžnou, tel. č. 494 502 111

výrazným otokem a bolestmi celé ruky. Tato komplikace pak vyžaduje i několikaměsíční intenzivní léčbu a neléčena může způsobit trvalé postižení ruky. Vyloučit nelze ani recidivu obtíží při nadměrném jizvení a tvorbě srůstů v místě zákroku. Po operaci také někdy pozorujeme zhoršení chronického zánětu šlachových obalů, které se může projevit jako omezení pohyblivosti prstů a bolesti při jejich pohybu.

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 nerealistická očekávání. **Prosím, ptejte se na všechno, co se Vám zdá důležité!**

Prohlašuji, že mi byl náležitě objasněn důvod, předpokládaný prospěch, následky i možná rizika a komplikace plánovaného výkonu a dále způsob jeho provedení a možné alternativy. Měl(a) jsem možnost zeptat se lékaře na všechno, co mě ve vztahu k plánovanému výkonu zajímá a obdržel(a) jsem vysvětlení, kterému jsem porozuměl(a). S provedením výše uvedeného výkonu souhlasím.

Prohlašuji, že v případě výskytu neočekávaných komplikací vyžadujících neodkladné provedení dalších výkonů nutných k záchraně mého života nebo zdraví souhlasím, aby byly tyto výkony provedeny.

Seznámil(a) jsem se s poučením o zdravotním výkonu.

Datum:

Podpis pacienta
(zákonného zástupce)