

## Informovaný souhlas pacienta(tky) s výkonem

### Dekomprese středového nervu v karpálním tunelu

#### **Vážená paní, Vážený pane,**

vzhledem k tomu, že jako svéprávný jedinec se podílíte významným způsobem na diagnostickém a léčebném postupu navrženém u Vaší osoby, máte nezadatelné právo být před Vaším rozhodnutím o těchto postupech podrobně informován(a).

Na základě Vašeho aktuálního zdravotního stavu Vám bylo lékařem indikováno chirurgické uvolnění karpálního tunelu.

#### **Co je dekomprese středového nervu v karpálním tunelu:**

Jedná se o onemocnění středového nervu ruky, které je způsobeno jeho útlakem v oblasti zápěstí. Zde se nachází tzv. karpální tunel, který je ohraničen z přední strany příčným karpálním vazem a ze zadní strany zápěstními kůstkami. Tunelem prochází šlachy ohýbačů prstů a palce, spolu s nimi také středový nerv (n. medianus).

#### **Jaký je důvod (indikace) tohoto výkonu:**

Onemocnění postihuje častěji ženy, které mají v mnoha případech užší karpální tunel. V období hormonálních změn dochází k otokům a změnám pružnosti tkání (např. v těhotenství, v období přechodu, vzácně při užívání hormonální antikoncepce), může proto dojít k útlaku nervu zbytnělými okolními strukturami. Často dochází k nepoměru mezi velikostí kanálu a jeho obsahem při práci - zejména stereotypní, kdy je ruka dlouhodobě v nevhodné poloze přetěžována (např. písáčky na stroji, švadleny, apod.).

Projevy mohou být různého charakteru, mezi nejčastější patří: mravenčení, brnění a bolestivé trnutí ruky – typické zejména v noci. Dále snížená citlivost dlaně a I. – IV. prstu, oslabování svalové síly ruky při úchopu, později i úbytek svalové hmoty na palcové straně ruky.

#### **Alternativy výkonu:**

Jediným způsobem řešení potíží je včasná operace. Promarní-li se optimální doba k operaci, nerv může být útlakem postižen natolik, že ani operace již nezajistí úplnou regeneraci nervu a tím také úplný ústup potíží. Injekční aplikace kortikosteroidů s lokálními anestetiky do karpálního tunelu (zejména opakované) přináší jen krátkodobý efekt s dočasnou úlevou, navíc jsou spojeny s vysokým rizikem pozdních komplikací – zejména s prasknutím (rupturou) šlach bez většího násilí. Řešení této komplikace je obvykle operační.

#### **Jaký je režim pacienta před výkonem:**

Zárok je proveden v místním znecitlivění (Při tomto typu anestézie je znecitlivující prostředek podán - nejčastěji formou injekce - přímo do místa, které bude ošetřováno, či k průběhu nervu, který z tohoto místa vede bolest. Tím je dané místo znecitlivěno a během výkonu pak necítíte bolest, jen případné mírné tlakové dotyky) a nevyžaduje speciální předoperační přípravu. Před operací netřeba lačnět. Pravidelně užívané léky (zejména léky ke korekci krevního tlaku, insulin, hormony) by se před zákrokem neměly vysazovat, naopak je třeba řádně je užít i v den operace - v obvyklém dávkování. Pokud lze, pak 7-10 dní před zákrokem vysadit pouze léky, které ovlivňují srážlivost krve (Anopyrin, Aspirin, Godasal, Ticlid, Tagren, APO-Tic, aj.). Vysazení Warfarinu (resp. Lawarinu) je nutné předem konzultovat s lékařem.

#### **Jaký je postup při provádění výkonu:**

Operační zárok je prováděn v místním znecitlivění. Samotná operace spočívá v protěti karpálního vazů a tím uvolnění tlaku na nerv (dekomprese nervu). Tímto se odstraní příčina výše uvedených obtíží.

#### **Jaké jsou možné komplikace:**

Žádné pracoviště ani lékař Vám nemůže zaručit ideální a nekomplikovaný průběh zákroku či hojení rány. Komplikace při samotném zákroku nejsou časté. Patří mezi ně krvácení, alergická reakce na podání znecitlivující látky, kolapsový stav (slabost, mdloba). Po operaci pak krvácení z rány, infekce nebo rozpad rány. S odstupem po výkonu může přetrvávat bolestivost jizvy nebo naopak snížení citlivosti prstů. Nezbytnou prevencí vzniku komplikací je spolupráce pacienta, dodržování doporučení lékaře i sestry a dodržování termínů kontrol a převazů.

### Jaký je režim pacienta po provedení výkonu:

Po zákroku bývá na ruku přiložen elastický obvaz nebo dlaha k omezení otoků. Po odeznění účinku anestetika se užívají běžná analgetika (Brufen, Ibalgin, Aulin aj.). Rána je pravidelně kontrolována při převazech, stehy se odstraňují za 10-14 dní. Zatěžovat ruku není vhodné dříve než za 3 týdny od operace. Pacient je informován o možnosti vystavení pracovní neschopnosti.

**V případě jakýchkoliv potíží kontaktujte naše oddělení!**

### Identifikační údaje pacienta(tky):

|           |  |        |  |        |  |     |  |
|-----------|--|--------|--|--------|--|-----|--|
| Příjmení: |  | Jméno: |  | Titul: |  | RČ: |  |
|-----------|--|--------|--|--------|--|-----|--|

### Identifikační údaje zákonného zástupce, opatrovníka:

|           |  |        |  |        |  |     |  |
|-----------|--|--------|--|--------|--|-----|--|
| Příjmení: |  | Jméno: |  | Titul: |  | RČ: |  |
|-----------|--|--------|--|--------|--|-----|--|

### Plánovaný výkon:

|   |
|---|
| <b>Dekomprese středového nervu v karpálním tunelu</b> |
|---|

Vysvětlující pohovor provedl:

|                              |
|------------------------------|
| identifikace a podpis lékaře |
|------------------------------|

Prohlašuji, že mi byl náležitě objasněn důvod, předpokládaný prospěch, způsob provedení, následky i možná rizika a komplikace plánovaného výkonu. Dále mi byly vysvětleny možné alternativy včetně jejich komplikací a zdravotní důsledky vyplývající z nepodstoupení plánovaného výkonu. 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). Bylo mi jasně vysvětleno uložení jizev a komplikace spojené s jejich hojením.

Souhlasím s respektováním všech doporučení a rad, které mi byly poskytnuty za účelem co nejlepšího výsledku léčby. Při nedodržení rad a doporučení přebírám plnou zodpovědnost za svůj zdravotní stav.

Dále prohlašuji, že jsem pravdivě informoval(a) ošetřujícího lékaře o dosavadním vývoji zdravotního stavu, včetně informací o infekčních nemocech, o zdravotních službách poskytovaných jinými poskytovateli, o užívání léčivých přípravků, včetně užívání návykových látek, a dalších skutečnostech podstatných pro poskytování zdravotních služeb a nezatajil(a) jsem žádné okolnosti svého zdravotního stavu, které jsou překážkou v provedení výkonu či mohou být v jakékoli souvislosti se vznikem komplikací.

Bylo mi podáno vysvětlení, že v případě výskytu neočekávaných komplikací vyžadujících neodkladné provedení dalších výkonů nutných k záchraně mého života nebo zdraví, budou mi tyto výkony provedeny.

Svým podpisem stvrzuji, že jsem formulář přečetl(a), obsahu rozumím a s provedením výše uvedeného výkonu souhlasím.

V Ostravě dne: \_\_\_\_\_

-----  
podpis pacienta(tky), zákonného zástupce,  
opatrovníka