

AMULANCE CHIRURGICKÁ A CÉVNÍ**Opava, ul. Nákladní 2, PSČ 746 01 tel. mobil: 602 572 995****Detašované pracoviště - operační sály jednodenní chirurgie, Ostrava ul.Repinova 18**

Pacient RČ Pojišťovna

Bydliště

Zákonný zástupce

Příbuzenský vztah

Příčina onemocnění a předpoklad dalšího vývoje: onemocnění žil dolních končetin při neúspěchu konzervativní léčby

Plánovaný výkon: Odstranění nemocných cév povrchního žilního systému. / křečových žil /.

Odstranění hlavní povrchové žíly v celé délce event. v postižené části .

Ošetření dalších úseku poškozených žil povrchního systému jejich prošitím, přerušením event. vytržením. V indikovaných případech ošetření spojek mezi hlubokým a povrchním žilním systémem jejich uzavřením stehem.

Možné komplikace: Krvácení v místech operace., rozsáhlejší krevní podlitiny v podkoží a kůži. Možnost zánětu v místě ran i krevních podlitin. Zánět hlubokého žilního systému. Obecné komplikace společné pro všechny typy operací: zánět žil, zánět plic, plicní embolie. Přidružené nemoci zvyšují riziko operace a možnost výskytu dalších komplikací - srdečních , mozkových , močových apod.

Jiné léčebné možnosti: konzervativní postup, medikace venotonik v kombinaci s nošením kompresivních punčoch, sklerotizace/opich rozšířených žil, miniinvazivní intervenční operační výkon - ClariVein nebo RFA - v indikovaných případech.

Nutnost další léčby: punčochy na dolní končetiny cca 2-4 týdnů po operaci

Omezení ve způsobu života: : po zhojení ran a vstřebání krevních podlitin bez omezení

Souhlas s výkonem: Prohlašuji, že jsem byl/a poučen/a a srozumitelně informován/a o výše uvedeném výkonu, jeho možných rizicích, komplikacích, následcích a mohl/a jsem klást doplňující otázky.**Prohlašuji, že v případě výskytu neočekávaných komplikací vyžadujících neodkladné provedení zákroků nutných k záchraně života, souhlasím s jejich provedením.****Souhlasím s možným podáním krevních derivátů a krevní plasmy.****Prohlašuji a svým vlastnoručním podpisem potvrzuji, že poučení jsem porozuměl/a a s výkonem souhlasím.**

Podpis pacienta / zákonného zástupce:.....

Datum:

Podpis lékaře provádějícího poučení[včetně razítka pracoviště]

Před výkonem provedena na sále bezpečnostní kontrola, identifikace pacienta, kontrola indikace a stranová kontrola

Podpis operátora: