

Pisana obavijest o dekompresiji karpalnog kanala

U skladu sa člancima 6, 8, 9 i 16. Zakona o zaštiti prava pacijenata (NN 169/04, NN 37/08), članku 22. Zakona o zdravstvenoj zaštiti (NN 150/08), članka 19. Zakona o liječništvu (NN 121/03, NN 117/08), Pravilnika o obrascu suglasnosti te obrascu izjave o odbijanju pojedinog dijagnostičkog, odnosno terapijskog postupka (NN 10/08) te Pravilnika o akreditacijskim standardima za bolničke zdravstvene ustanove-Prilog V. Prava pacijenata – Pristanak/odbijanje obaviještenog pacijenta (NN 31/11), liječnik specijalist _____ obavijestio je mene, _____

(ime i prezime specijalista)

(ime i prezime pacijenta, datum rođenja)

o dijagnostičkom odnosno terapijskom postupku te da postoje određeni rizici i moguće komplikacije koji mogu nastati tijekom i nakon izvođenja istog

Naziv i opis postupka: dekompresija karpalnog kanala. Pacijent leži na leđima a bolna ruka je ispružena i postavljena na poseban stol. Ručje se dezinficira te aplicira lokalni anestetik. Rana se potom pere i sterilno oblaže. Načini se linearni rez kože i potkožja u predjelu zgloba šake na strani dlana. Prikaže se ligament koji se ispreparira te poprečno presječe čime se dekomprimira neuralno tkivo ispod. Rana se zatvori po slojevima. Gaza, kompresijski zavoj. Pacijent se vraća na neurokirurški odjel.	
Dobrobiti : Djelomično ili potpuno uklanjanje simptoma pritiska ligamenta na živac što dovodi po poboljšanja boli, osjeta i snage u mišićima šake.	
Rizici : vezani za lokalnu anesteziju. Infekcije i krvarenja na mjestu reza kože, potkožja te ligamenta. Oštećenje živca. Rašivanje rezne rane.	
Zamjenski postupci : fizijatrijske metode.	
Potpis i faksimil odgovornog doktora medicine za obavljanje postupka :	Datum:

Izjava pacijenta

Svojim potpisom potvrđujem da sam detaljno upoznat/a s koristima i rizicima postupka, s drugim dijagnostičkim odnosno terapijskim mogućnostima, da sam razumio/la pročitano te da sam mogao/la postaviti pitanja liječniku u svrhu razjašnjavanja nejasnoća. Istim potpisom potvrđujem da shvaćam i prihvaćam da, ukoliko se u tijeku visokorizičnog postupka (operativnog zahvata odnosno ostalih invazivnih postupaka) ukažu novi neočekivani momenti, isti mogu tijekom zahvata promijeniti i zahvat može završiti na način različit od ranije mi objašnjelog, a razlozi istoga će mi nakon zahvata biti objašnjeni.

Datum: _____

Potpis pacijenta ili njegovog zakonskog zastupnika ili skrbnika : _____