

Informovaný souhlas pacienta(tky) s výkonem

Částečné odstranění hltanu (pharyngectomy partialis)

Vážená paní, Vážený pane,

vzhledem k Vašemu zdravotnímu stavu Vám bylo doporučeno částečné odstranění hltanu. V souladu **Úmluvou o lidských právech a biomedicíně**, vyhlášenou pod č. 96/2001 Sb.m.s., vyžaduje tento operační zákrok Váš informovaný souhlas.

Důvod a cíl operace:

Odstranění části hltanu je indikováno nejčastěji u zhoubných nádorů patrové mandle, patrových oblouků, měkkého patra, části kořene jazyka a boční stěny hltanu společně s odstraněním spádového systému mízních uzlin krčních. Cílem operace je likvidace nádoru a prevence dalšího šíření nádoru do vzdálených oblastí.

Povaha a následky operačního výkonu:

Prokázaný zhoubný nádor hltanu je nutno zcela odstranit, v některých případech je třeba ještě následně provést léčbu zářením. Ze zevního přístupu v celkové narkóze je otevřen z boční strany hltan (laterální faryngotomie) a odstraněn nádor. Při jeho šíření do oblasti kořene jazyka a na boční stěnu hltanu může vzniknout pooperačně otok, který by omezoval dýchání. Proto je nutné v těchto případech k zajištění dýchacích cest současně otevření průdušnice (tracheostomie). Do zhojení rány je zavedena žludeční sonda k zajištění pooperační výživy asi na 7-10 dnů. Otvor v průdušnici může být v nekomplikovaných případech po odeznění otoku měkkých tkání uzavřen do týdne po operaci.

Režim před operačním výkonem:

Před výkonem v celkové anestézii je nezbytné minimálně 6 hodin nejíst, nepít a nekouřit.

Rizika výkonu:

I při správném postupu v souladu s příslušnými profesními povinnostmi a standardy (lege artis) mohou vzniknout v souvislosti s uvažovaným zákrokem jisté komplikace. Jedná se např. o: krvácení, zánětlivé komplikace, rozpad operační rány, vznik slinné píštěle, vznik hypertrofické jizvy, zmenšení citlivosti v operované oblasti, bolestivost, porucha hybnosti jazyka, porucha hybnosti horní končetiny při radikální blokové disekci, odstálá lopatka. Četnost uvedených komplikací závisí na rozsahu a povaze patologického procesu.

Další možná rizika jsou spojená s přihlédnutím k individualitě pacienta a jeho celkovému zdravotnímu stavu. Může se jednat o poruchy srdce a oběhu, plicní komplikace, poruchy hojení ran a infekční komplikace.

Hospitalizace a rekonvalescence:

Režim pacienta po operačním zákroku závisí na rozsahu operace a hojení rány. Pooperační průběh může být komplikován zánětem či jinými komplikacemi, uvedenými výše. O případném speciálním režimu budete podrobně poučen(a) ošetřujícím lékařem.

Celková doba hospitalizace se předpokládá v rozmezí 14-20 dnů a záleží na dalším postupu léčby (následná léčba zářením, chemoterapie...).

Alternativy výkonu:

V některých případech primární léčba zářením.

Identifikační údaje pacienta(tky):

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

Identifikační údaje zákonného zástupce, opatrovníka:

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

Plánovaný výkon:

Částečné odstranění hltanu (pharyngectomy partialis)

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 plánované léčbě zajímá a obdržel(a) jsem vysvětlení, kterému jsem porozuměl(a). S podáním výše uvedené léčby souhlasím.

Dále prohlašuji, že jsem pravdivě informoval(a) ošetřujícího lékaře o dosavadním vývoji svého 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 tyto výkony provedeny.

V Ostravě dne:

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

V případě, že se pacient(tka) nemůže podepsat:

Důvod:

Způsob projevu

souhlasu:

Svědék:

jméno a příjmení

podpis svědka