

Informovaný souhlas pacienta(tky) s výkonem

Odstranění štítné žlázy (thyroidectomy)

Vážená paní, Vážený pane,

vzhledem k Vašemu zdravotnímu stavu Vám bylo doporučeno odstranění štítné žlázy. V souladu s **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 jednoho, nebo obou laloků štítné žlázy u onemocnění, které již nelze konzervativní léčbou zvládnout, působí mechanický útlak průdušnice, nebo je u uzlové strumy podezření na možnost nádorového bujení.

Povaha a následky operačního výkonu:

Operace se provádí v celkové anestézii. Odstranění jednoho laloku žlázy nemá ve většině případů vliv na další funkci štítné žlázy, odstranění celé žlázy vyžaduje trvalou náhradu produkovaných hormonů formou medikamentů (léků).

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 především o: krvácení, bolestivost, vznik hypertrofické jizvy, poranění zvrátelného nervu (jednostranná obrna má za následek poruchu hlasu, oboustranná může vyvolat vážné dechové obtíže až s nutností provedení tracheotomie - otvoru v průdušnici). K monitorování funkce zvrátelného nervu se na našem pracovišti používá nervový stimulátor, kterým se riziko poškození nervu snižuje.

Může dojít k poranění příštítných tělísek s vývojem brnění, mravenčení těla až křečových stavů. 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 5-10 dnů.

Předpokládaná doba rekonvalescence po propuštění z nemocnice činí v průměru 14 dnů.

(Oba číselné údaje jsou udávány průměrnou hodnotou a mohou se lišit v závislosti na individualitě pacienta a v závislosti na vzniklých komplikacích).

Alternativy výkonu:

Alternativou je konzervativní léčba bez operace. V případě neprovedení operačního výkonu však hrozí další růst nádoru, metastázy nádoru, obrna zvrátelného nervu, poškození srdce a oční poruchy u tyreotoxikózy, útlak průdušnice, dušení.

Identifikační údaje pacienta(tky):

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

Identifikační údaje zákonného zástupce, opatrovníka:

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

Plánovaný výkon:

Odstranění štítné žlázy (thyroidectomy)
--

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:

Svěděk:

.....
jméno a příjmení

.....
podpis svědka