

## Informovaný souhlas pacienta(tky) s výkonem

### Operace laterální krční cysty (exstirpatio cystis colli lateralis)

**Vážená paní, Vážený pane,**

vzhledem k Vašemu zdravotnímu stavu Vám byla doporučena operace laterální krční cysty. 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 vrozené krční cysty.

**Povaha a následky operačního výkonu:**

Odstraněním laterální krční cysty předcházíme možným komplikacím, jako jsou záněty, bolestivost z útlaku okolních tkání, možnost nádorového bujení. Následkem operace je jizva a mírné vpáčení tkání.

**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, zánětlivé komplikace, vznik hypertrofické jizvy, zmenšení citlivosti v operované oblasti, bolestivost, rozpad operační rány. Dále může dojít k pohmoždění/přerušení nervů, a to v závislosti na umístění cysty. Např. při uložení cysty v blízkosti dolní čelisti a příušní žlázy, může dojít k poškození lícního nervu, čehož důsledkem může být dočasně nebo trvalé poškození hybnosti ústního koutku. Při uložení cysty pod kývačem, může dojít k poranění X., XI. či XII. hlavového nervu, což se může projevit poruchou zvedání horní končetiny nad úroveň ramen, bolestmi ramene a odstálou lopatkou, plazením jazyka do strany, zhoršeným polykáním či chrapotem. Četnost uvedených komplikací závisí na rozsahu a povaze patologického procesu.

Další možná rizika jsou spojena 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 5-7 dnů.

Předpokládaná doba rekonvalescence po propuštění z nemocnice činí v průměru 10-14 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:**

Alternativy nejsou. Při neprovedení uvedeného operačního výkonu může dojít ke zvětšení cysty, útlaku okolních struktur, zánětlivým komplikacím.

**Identifikační údaje pacienta(tky):**

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

**Identifikační údaje zákonného zástupce, opatrovníka:**

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

**Plánovaný výkon:**

<b>Operace laterální krční cysty (exstirpatio cystis colli lateralis)</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 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