

Informovaný souhlas pacienta(tky) s výkonem

Operace tlustého střeva a konečníku

Vážená paní, Vážený pane,

vzhledem k tomu, že jako svéprávný jedinec se podílíte významným způsobem na diagnostickém a léčebném postupu navrženém u Vaší osoby, máte nezadatelné právo být před Vaším rozhodnutím o těchto postupech podrobně informován(a).

Na základě Vašeho aktuálního zdravotního stavu Vám byl lékařem indikován operační zákrok – operace tlustého střeva a konečníku.

Základní anatomické a fyziologické údaje:

Tlusté střevo je dutý orgán dutiny břišní délky asi 1,5 m. Tlusté střevo rozdělujeme na tyto anatomické části: slepé střevo (navazující na tenké střevo), vzestupný tračník, jaterní ohbí, příčný tračník, slezinné ohbí, sestupný tračník, esovitá klička, konečník, který skrze řitní kanál ústí navenek. Hlavní úlohou tlustého střeva je zahušťování střevního obsahu (vstřebáváním vody) a jeho posouvání směrem dolů. Rovněž dochází k vstřebávání iontů, žlučových kyselin a mastných kyselin. Další fyziologickou funkcí tlustého střeva je tvorba zásaditého hlenovitého sekretu. Poslední fyziologická funkce souvisí s bakteriální flórou ve střevě. Ta umožňuje vytvářet některé vitamíny (biotin, kyselina listová, vitamin K), omezovat růst patogenních bakterií, dále se podílí na metabolismu žlučových solí a močoviny. Souhrnně lze říci, že tlusté střevo není pro život člověka nezbytným orgánem. Ani při jeho úplném odstranění tedy nedojde k ohrožení života pacienta.

Onemocnění tlustého střeva se projevují zejména střevní neprůchodností (bolestí břicha, zástava odchodu plynů a stolice, zvracení nebo průjmy, dále pak krvácením do stolice). Příčinou střevní neprůchodnosti je nejčastěji **nádor**. Nádor může být **nezhoubný – polyp** (výrůstek vyčnívající do střeva) nebo nejčastěji **zhoubný (maligní – rakovinový)**. Při určité velikosti nádoru dojde ke zhoršení střevní pasáže a tím ke změně charakteru vyprazdňování a event. bolestem břicha. Nádor se může rovněž projevit krvácením s patrnou krví ve stolici anebo zjištěním krve ve stolici při testu na tzv. okultní krvácení.

Dalším častým onemocněním tlustého střeva jsou **divertikly**, výchlípky střevní stěny. Ty mohou za určitých okolností krváčet nebo může dojít k jejich zánětu, v pokročilé fázi i k zánětu pobřišnice. K operaci jsou někdy indikovány i zánětlivé choroby tlustého střeva souhrnně nazývané **kolitidy** a vrozené poruchy nervových ganglií ve stěně střeva u dětí. Vzácnou indikací k operaci tlustého střeva a konečníku jsou výhřez konečníku, poruchy vyprazdňování, těžké formy zácpy, neschopnost udržení stolice a některá pokročilá onemocnění okolních orgánů (prostata, vaječníky).

Jaký je důvod (indikace) tohoto výkonu:

Vývoj bez léčby

Pokud u Vás již došlo k rozvoji střevní neprůchodnosti, je operace absolutně nutná. Při pokračování střevní neprůchodnosti dojde ke zvracení, rozvratu vodního a minerálového hospodářství organismu a poruše střevní bariéry, která vyústí v šokový stav a bez operace skončí smrtí pacienta. Rovněž u zhoubného nádoru tlustého střeva je operace hlavním léčebným postupem. Vzhledem k dělení nádorových buněk a růstu nádoru je vhodné operovat v zásadě co nejdříve. Někdy je léčba zahájena chemoterapií (léčbou zhoubných nádorů léky) a u rakoviny konečníku ozářením a odklad operace pak již neznamená odklad začátku léčby. Pokud by operace nebyla provedena, dojde k místnímu rozrůstání nádoru, který může způsobit výše zmíněnou střevní neprůchodnost a event. prorůstání nádoru do okolních orgánů, což obojí zásadně zhoršuje prognózu. U zhoubných nádorů rovněž hrozí vznik tzv. metastáz, tedy dceřinných nádorových ložisek v mízních uzlinách v okolí nádoru a nebo metastáz ve vzdálených orgánech (nejčastěji v játrech). Tato dceřinná ložiska významným způsobem zhoršují prognózu onemocnění. Je třeba zmínit, že některé nádory mají již při prvních příznacích vytvořeny tyto vzdálené metastázy a není tedy jednoznačná souvislost mezi velikostí nádoru a jeho nebezpečností. Za určitých situací lze primární nádor i metastázu operovat při jedné operaci. U nezhoubných nádorů (polypů) hrozí při neoperační léčbě tzv. malignizace, tedy změna nezhoubného nádoru na variantu zhoubnou. Zánětlivé choroby tlustého střeva a výchlípky tlustého střeva jsou indikovány k operaci většinou pouze při komplikacích. Neoperační léčba v těchto případech může vést k výše uvedené střevní neprůchodnosti se všemi následky, zánětu pobřišnice se septickým šokem (tj. šokem z otravy krve) nebo vykrvácení. Všechny tyto závažné komplikace bez operace končí smrtí pacienta. Některá méně častá onemocnění a způsob jejich léčení Vám rád vysvětlí Váš ošetřující lékař.

Vyšetření

Onemocnění tlustého střeva se diagnostikují především rentgenologicky a endoskopicky, avšak prvním vyšetřením po zjištění subjektivních obtíží pacienta je vyšetření klinické (pohled, pohmat, poslech a poklep břicha, který je vždy doplněn i vyšetřením řiti a konečnicku prstem). Pak již přichází na řadu endoskopie tlustého střeva ohebným optickým přístrojem (tzv. koloskopie), která dovoluje kromě zobrazení sliznice tlustého střeva i odběr vzorku podezřelé či chorobné tkáně na histologické vyšetření (vyšetření tkáně). Při koloskopii je rovněž možné odstranit některé nezhoubné nádory (polypy) a podrobit je histologickému vyšetření. I některé zdroje krvácení lze ošetřit tímto způsobem. Toto vyšetření se provádí v tzv. analosedaci, kdy pacient pospává a je omezeno jeho vnímání bolesti. Po vyšetření je nutné pobývat několik hodin na dospávacím pokoji do plného probuzení, ale obvykle je možné provést vyšetření ambulantně. Rentgenovému vyšetření (irrigografie) by měla předcházet krátká endoskopie konečnicku a esovitě kličky (tzv. rektoskopie), která se provádí neohebným přístrojem a zpřesňuje diagnostiku v oblasti konečnicku. Samotné rentgenové vyšetření spočívá v naplnění tlustého střeva kontrastní látkou a vzduchem (cestou konečnicku) a provedení několika rentgenových snímků břicha a vyžaduje určitou spolupráci pacienta. Vyšetření endoskopická (koloskopie i rektoskopie) mají určité riziko komplikací, zejména protržení střeva. Dále lze využít v diagnostice onemocnění tlustého střeva a event. vzdálených metastáz ultrazvuk, počítačovou tomografii (jde o rentgenologické vyšetření, při kterém je obraz zpracován počítačem) a magnetickou rezonanci (vyšetření založené na působení magnetického pole). Jako screeningová metoda je užíváno testování stolice na přítomnost krve - tzv. okultní krvácení. Vyšetření koloskopické i irrigografické se provádějí po předchozí přípravě tlustého střeva, která spočívá v jeho vyčištění buď klyzmaty nebo, v současné době preferovaným, pitím projímavých roztoků.

Léčba

Operační léčbu můžeme rozdělit na radikální, která beze zbytku odstraňuje patologický proces, a paliativní, která pouze uleví pacientovi od obtíží nebo zlepší prognózu či je přípravou na operaci radikální. Prakticky každá operace na tlustém střevě může být provedena klasicky z řezu na břiše a nebo laparoskopicky z několika menších řezů či vpichů pomocí speciálních nástrojů. Volba přístupu a řezu se řídí mnoha okolnostmi.

U nezhoubných polypů tlustého střeva je někdy možné provést vynětí polypu jen z řezu na břiše a z řezu ve stěně střeva, stěna střevní se potom zašije a výkon se ukončí zašitím stěny břišní.

U nádorů zhoubných či větších nezhoubných nádorů je nutné odstranit postiženou část střeva - tzv. resekce. U zhoubných nádorů je třeba odstranit i zdravou část střeva sousedící s nádorem do určité vzdálenosti. K tomu byly vypracovány standardní typy resekcí střeva, které jsou obvykle užívány. Při nádorech v oblasti slepého střeva, vzestupného tračnicku a jaterního ohbí tračnicku a přilehlé části příčného tračnicku se odstraňuje celá pravá polovina tračnicku až po příčný tračník společně s částí poslední kličky tenkého střeva. Cévy vedoucí k této části tračnicku se přeruší a podvázají a závěs střeva se odstraní i s přítomnými mizními uzlinami. Oba konce střeva (tenké střevo a příčný tračník) se pak sešijí k sobě. Je celá řada možných technik sešití i materiálů k tomu užívaných, většinou jsou užity dle zvyklostí pracoviště. Při postižení příčného tračnicku lze provést resekci příčného tračnicku, opět s odstraněním závěsu střeva s uzlinami a sešití obou konců střeva k sobě. Při postižení slezinného ohbí lze provést odstranění této části tračnicku společně s přilehlou částí příčného a sestupného tračnicku se sešitím obou konců k sobě. Při postižení sestupného tračnicku se obvykle odstraní sestupný tračník s částí tračnicku příčného a esovitě kličky a zbylá část příčného tračnicku a esovitě kličky se sešijí k sobě. Při nádoru v oblasti esovitě kličky je indikována resekce tohoto úseku střeva se sešitím okrajů zbylého střeva k sobě. Při postižení konečnicku se opět z řezu na břiše odstraní konečnick společně s okolím (závěs konečnicku s uzlinami) a přilehlou částí esovitě kličky. Pokud je to technicky možné, pak se zbylá část esovitě kličky sešije se zbylou částí konečnicku. Pokud by toto sešití nebylo technicky možné a nebo by byla pochybnost o radikálním odstranění okolí konečnicku, pak je indikováno úplné odstranění konečnicku i řiti. V takovém případě je nutné trvalé vyvedení střeva stěnou břišní navenek. V oblasti konečnicku jsou výjimečně užívány i jiné operační postupy, např. odstranění polypu či nádoru konečnicku tzv. operačním rektoskopem.

Plánované operace tlustého střeva se provádějí po předchozím vyčištění střeva, jak bylo zmíněno výše. Některé resekční výkony bývají doplněny stomií (tedy vyvedením tlustého střeva navenek). Tento výkon bývá prováděn zejména při střevní neprůchodnosti a zánětu pobřišnice. Vyvedení střeva je rovněž jeden z paliativních operačních zákroků, kdy není možné odstranit vlastní chorobné ložisko a cílem je pouze obnovit průchodnost střeva. Vyvedení střeva stěnou břišní je někdy řešením trvalým, někdy dočasným. Mezi paliativní, tedy odlehčující, typy operací patří rovněž spojky mezi jednotlivými částmi střeva. Typickým příkladem je spojení mezi poslední kličkou tenkého střeva a příčným tračníkem při neodstranitelném nádoru pravé poloviny tračnicku.

Alternativy výkonu:

V současné době neexistuje adekvátní alternativa k tomuto výkonu.

Jaký je režim pacienta před výkonem:

Pokud užíváte antiagregantia (tzn. Anopyrin, Godasal, Tagren, Ticlid, Plavix, atd.), měl(a) byste je dle typu léku vysadit 7-10 dní před výkonem, pokud nebude Vaším lékařem stanoveno jinak. V případě, že berete

antikoagulační léčbu (tzn. Warfarin, Orfarin, Lawarin, atd.), musí být tyto léky několik dní před operací vysazeny a nahrazeny injekční formou léčby. Operace tlustého střeva se provádějí v tzv. celkové anestézii (pacient „spí“). Jen výjimečně lze užít jiný typ anestézie. **Před operací je nutné minimálně 6-ti hodinové lačnění. V praxi platí, že pokud je Vaše operace plánována v dopoledních hodinách neměl(a) byste od půlnoci nic jíst ani kouřit, pít můžete 2 hodiny před operací.** Před operací Vám bude provedeno oholení břicha v místě plánovaného řezu. Jak užít léky, které dlouhodobě užíváte, Vám sdělí Váš ošetřující lékař. Ošetřujícího lékaře musíte informovat o stavech, které zvyšují riziko operace samé nebo by mohly mít za následek pooperační komplikace. Jsou to: předchozí operace v dané oblasti, alergie, krevní choroby, poruchy srážlivosti krve či užívání léků zvyšujících krvácivost, závažné interní (vnitřní) choroby, gravidita, první dny menstruace. Operace by neměla být prováděna při současné infekci horních nebo dolních cest dýchacích, obecně při jakémkoliv současně probíhajícím akutním onemocněním.

Jaký je postup při provádění výkonu:

Vlastní operace je prováděna na operačním sále. Pro tlumení bolesti v pooperačním období je někdy ještě před vlastní operací zavedena cévka do páteřního kanálu pro aplikaci analgetik (tzv. epidurální analgezie). Po ulehnutí na operační stůl Vám bude aplikována anestézie. V případě celkové anestézie Vám bude aplikováno léčivo do žíly na horní končetině. Po několika vteřinách zcela klidně a postupně ztratíte vědomí. Po aplikaci anestézie operační tým natře operační pole dezinfekční látkou a započne operační výkon, jehož délka je značně variabilní podle rozsahu výkonu.

Na závěr výkonu bude operační rána překryta obvazem a budete opět probuzen(a). Poté budete přivezen(a) na pooperační pokoj či jednotku intenzivní péče, kde budete sledován(a) do úplné stabilizace stavu, při bolestech dostanete léky proti bolesti. Budete mít zavedenou infuzi event. močovou cévku.

Jaké jsou možné komplikace a rizika:

Krvácení při operaci a po operaci – při rozsáhlých operacích v dutině břišní může dojít ke krvácení z větších cév v dutině břišní, v závěsu střeva nebo z pletení v místě chorobného ložiska (zejména u zhoubných nádorů). Toto krvácení může vést k chudokrevnosti a nutnosti podání krevní transfuze, eventuálně k operační revizi a výjimečně může pacienta ohrozit na životě. Na krvácení se někdy podílí porucha srážlivosti.

Poranění močovodu – při resekcích tlustého střeva, zejména pro lokálně pokročilé nádorové onemocnění nebo těžký zánět, může dojít k poranění močovodu (přerušení nebo podvázání). Při podvázání je nutné močovod uvolnit, při protěti provést jeho rekonstrukci. Nepoznané poranění močovodu může vést k selhání příslušné ledviny s nutností jejího odstranění.

Píštěl močového měchýře – při operacích nádoru tlustého střeva prorůstajících do močového měchýře nebo k němu pevně Inoucíh může dojít k vytvoření píštěle močového měchýře, kdy dochází k úniku moči touto cestou. Většinou dojde k zhojení spontánně při ponechání močové cévky, méně často je nutný chirurgický zákrok.

Poranění nervu v oblasti pánve při operacích konečníku může vést k sexuálním poruchám, poruchám močení nebo inkontinenci stolice.

Inkontinence čili neudržení stolice hrozí zejména při resekcích konečníku, kdy spojení střeva je velmi blízko nad svěračem. Někdy je tento jev přechodný a postupně se upraví. V opačném případě je nutný další operační výkon (většinou založení vývodu střeva na stěnu břišní).

Zúžení spojky střeva může být způsobeno jednak nádorem (recidiva zhoubného nádoru) nebo jizvením. Jizevnaté změny je někdy možné pouze roztáhnout balónkem, většinou je však nutný nový operační výkon. Obdobně i vývod může být postižen oběma typy zúžení.

Porucha hojení střevní spojky – v místě spojení střeva může docházet k úniku střevního obsahu a poruše hojení s infekcí okolí. Tato komplikace se projeví teplotou, bolestí břicha, zástavou střevní činnosti, event. patologickou sekrecí z drénu. Je-li spojení konců střeva v dutině břišní, projeví se tato komplikace zánětem pobřišnice a je pak nutná další operace většinou i se stomií (vývodem střeva na stěnu břišní). Je-li spojka v oblasti konečníku mimo dutinu břišní (mimo pobřišnici) lze někdy postupovat konzervativně.

Znovuvyvoření nádorového ložiska v místě napojení střeva, v bezprostředním okolí nebo i vzdáleně od místa prvotního nádoru je pozdní komplikací, jejíž řešení se děje ve spolupráci s onkologem.

Komplikace hojení rány – může dojít ke krvácení z operační rány, rozestupu nebo nekróze (odumření) okrajů operační rány, zánětům kůže v okolí operační rány. Infekce v operační ráně je při otevření střeva při operaci častější než u jiných operačních výkonů. Infekce v ráně se většinou projeví přetrvávající bolestivostí trvající déle jak 48 hodin od operace či znovuobjevením se bolesti v ráně. Při větší infekci operační rány je ohroženo hojení svalové povázky a může v budoucnu dojít k rozvoji kýly v jizvě.

Keloidní jizva není komplikací v pravém slova smyslu. Jedná se o tvorbu vyvýšené, nápadné jizvy. Tvorba takovýchto jizev je geneticky podmíněna, u jedinců s touto poruchou se budou jakékoliv jizvy hojit tímto způsobem. K její korekci je nutná spolupráce s plastickým chirurgem.

Alergická reakce se může vyskytnout na kterémkoliv léčivo nebo dezinfekční prostředek. A to i tehdy, pokud jste v minulosti žádnou alergií nikdy nepozoroval(a). Zpravidla se objeví ihned po aplikaci léčiva či za několik desítek minut. Může mít formu pouhé kopřivky, zarudnutí nebo svědění kůže, ale též dechových obtíží, astmatu, slabosti, nízkého krevního tlaku, až šokového stavu. Pokud tato reakce vznikne, ihned o ni informujte Vašeho ošetřujícího lékaře.

Teplota – v prvních hodinách po operaci může dojít jako reakce organismu na operační výkon ke zvýšení teploty. Toto i bez léčby spontánně odezní většinou do 48-72 hodin. Pozdější výskyt zvýšené teploty může být známkou komplikace.

Poruchy močení – jako reakce na operační zákrok, anestézii (zejména po aplikaci anestetika do páteřního kanálu) může po větších operacích dojít k poruše močení – pacient se nemůže spontánně vymočit. Pokud se nevymočíte do 8 hodin po operaci, je nutné o tom informovat ošetřujícího lékaře. Ten pomocí léků či zavedením cévky do močového měchýře poruchu upraví. Při dlouhodobém zavedení cévky se zvyšuje riziko močové infekce.

Poruchy funkce trávicího ústrojí – po větších operačních výkonech v dutině břišní dochází k zástavě odchodu plynů a stolice. Tato porucha se obvykle do 2-5 dnů spontánně upraví. Zvracení v prvních hodinách po operaci většinou souvisí s celkovou anestézií. Porucha funkce trávicího ústrojí si může vyžádat zavedení sondy (hadičky) přes nos do žaludku.

Trombóza hlubokých žil dolních končetin může nastat po jakékoliv operaci. Mezi příznaky zánětu hlubokých žil dolních končetin patří: pocit napětí nebo bolesti v lýtkách, otoky lýtek. Pokud se krevní sraženina z takto postižených hlubokých žil dolních končetin (či pánevních) utrhne a žilním řečištěm se dostane až do plicnice, dojde k tzv. **embolizaci do plic**. Při velké sraženině toto může vést až ke smrti.

Plicní komplikace – zánět hrtanu, průdušnice, akutní zánět průdušek nebo zánět plic. Tyto komplikace se projeví kašlem, bolestmi za hrudní kostí, teplotou, pocitem krátkého dechu. Mezi plicní komplikace dále patří vdechnutí žaludečního obsahu při a nebo po operaci. Toto vede k zánětu plic a je nutná intenzivní léčba někdy včetně umělé plicní ventilace pomocí dýchacího přístroje. Riziko této komplikace se výrazně zvyšuje u pacientů se střevní neprůchodností.

Komplikace v pooperačním průběhu si mohou vynutit i **nutnost další operace**.

Dále mohou vzniknout pooperační **obecné, ale závažné komplikace**, jejichž výskyt je zřídka: srdeční selhání, zástava dechu v časném pooperačním průběhu, mozková mrtvice, šoková plic (porucha funkce plic) při velké krevní ztrátě, poruchy funkce jater, ledvin - tzn. změny vedoucí **až ke smrti**.

Jaký je režim pacienta po provedení výkonu:

V bezprostředních několika hodinách po operaci můžete mít bolesti v operační ráně. Ty jsou zcela přirozené a ošetřující personál je bude tlumit léky proti bolesti. Po propuštění domů jsou většinou již bolesti mírné a nevyžadují tlumení léky. V prvních dnech a týdnech po operaci můžete pociťovat pnutí či bolest v operační ráně. Jizva bude v prvních týdnech tuhá, růžová, citlivá, lehce vystouplá nad okolí. Postupně změkne a stane se méně patrnou. Déle trávající výrazné bolesti jsou spíše příznakem některé komplikace, a proto byste v tomto případě měl(a) kontaktovat ošetřujícího lékaře. Zvracení a nevolnost je občasným nežádoucím účinkem celkové anestézie a odezní většinou do 6-12 hodin po operaci. Později se objevující nebo přetrvávající zvracení může být známkou komplikace, vyžaduje zhodnocení ošetřujícím lékařem. Po všech břišních operacích dochází k přechodnému ochrnutí činnosti střev. Toto se obnoví do 48-72 hodin a projeví se odchodem plynů či stolice. Pokud porucha střevní funkce trvá déle než 72 hodin a nebo dojde k poruše již obnovené funkce, pak je vždy třeba pomýšlet na komplikaci. Po celkové anestézii můžete přijímat tekutiny za 4 hodiny po operaci, lehkou stravu v závislosti na provedeném výkonu obvykle 3. den. Pohybovat končetinami můžete libovolně ihned po operaci, chodit již za několik hodin po operaci, zprvu vždy s pomocí ošetřujícího personálu. Drény (trubičky) budou odstraněny podle množství a charakteru sekretu zpravidla 2.-5. den. Propuštění můžete být za několik dní po výkonu, většinou po obnovení činnosti střev. O možnosti založení stomie (vývodu střeva) budete ještě před výkonem informován(a) ošetřujícím lékařem. Ohledně ošetřování vývodu budete po operaci poučen(a) a vyškolen(a) stomickou sestrou a ošetřujícím lékařem, budou Vám poskytnuty všechny potřebné pomůcky k ošetřování vývodu. To vše podle Vaší dohody s ošetřujícím lékařem. Stehy jsou odstraňovány podle typu materiálu a typu stehů za 7-14 dní. Vykonávat fyzickou námahu je zakázáno 6 týdnů po operaci, čímž se snižuje riziko vzniku pooperační kýly v jizvě. Dotazy o činnostech, které můžete a nemůžete vykonávat, Vám zodpoví ošetřující lékař. Do zaměstnání budete moci nastoupit dle dohody s ošetřujícím lékařem.

Identifikační údaje pacienta(tky):

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

Identifikační údaje zákonného zástupce, opatrovníka:

Příjmení:		Jméno:		Datum narození:	
Bydliště:					

Plánovaný výkon:

Operace tlustého střeva a konečníku
--

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 plánovanému výkonu zajímá a obdržel(a) jsem vysvětlení, kterému jsem porozuměl(a). S provedením výše uvedeného výkonu souhlasím.

Dále prohlašuji, že jsem pravdivě informoval(a) ošetřujícího lékaře o dosavadním vývoji 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