

Informovaný souhlas rodičů s výkonem

Operace vrozené cervikoaurální píštěle

Vážení rodiče,

vzhledem k Vašemu zdravotnímu stavu Vám (Vašemu dítěti) byla doporučena operace vrozené krční píštěle. 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:

Cílem operace je kompletní odstranění vrozené krční píštěle, jdoucí z krční oblasti do zevního zvukovodu. Její průběh může být značně variabilní, ve většině případu však prochází příušní žlázou, kde má těsný vztah k větvení lícního nervu, který zajišťuje mimiku tvářového svalstva. Toto větvení musí být při operaci pod kontrolou. Píštěl končí na stěně zevního zvukovodu, která musí být v nutném rozsahu odstraněna, tak, aby píštěl byla odstraněna vcelku. Nekompletní odstranění může znamenat návrat onemocnění.

Povaha a následky operačního výkonu:

Tato vrozená krční píštěl vzniká v časném vývoji jedince a následně se zvětšuje. Jejím odstraněním předcházíme možným komplikacím, jako jsou záněty, bolestivost z útlaku okolních tkání, výtok. Následkem operace je jizva a mírné vpáčení tkání. Operace se provádí v celkové anestézii.

Jaký je režim dítěte před výkonem:

Rodiče musí lékaře zejména informovat o jakémkoli příznaku infekce dýchacího systému, byť jen počínajícího nebo podezření (kašel, rýma, nachlazení), které by se vyskytlo před operací.

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: pooperační obrnu lícního nervu (může přechodně vzniknout, i když nerv není přerušeno), krvácení, zánětlivé komplikace, vznik hypertrofické jizvy, zúžení zvukovodu, zmenšení citlivosti v operované oblasti, bolestivost. 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 poučeni 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 docházet k opakovaným výtokům z píštěle, zánětlivých komplikacím v okolí, bolestem.

Identifikační údaje pacienta(tky):

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

Identifikační údaje zákonného zástupce, opatrovníka:

Příjmení:		Jméno:		Datum narození:	
-----------	--	--------	--	-----------------	--

Plánovaný výkon:

Operace vrozené cervikourální píštěle
--

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:

Svěddek:

.....
jméno a příjmení

.....
podpis svědka