

Informovaný souhlas pacienta(tky) s výkonem

Probatorní odstranění krčních uzlin (exstirpatio Ind. colli)

Vážená paní, Vážený pane,

vzhledem k Vašemu zdravotnímu stavu Vám bylo doporučeno probatorní odstranění krčních uzlin. 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 zvětšených lymfatických uzlin v celkové narkóze za účelem histologického vyšetření a stanovení diagnózy.

Povaha a následky operačního výkonu:

Zvětšené lymfatické uzliny mohou být projevem řady onemocnění, od prostého zánětu až po nádorové bujení. Pokud není klinickým a laboratorním vyšetřením jednoznačně stanovena diagnóza, provádíme jejich diagnostické odstranění. Od výsledku vyšetření se pak odvíjí další léčebný postup. Jde o diagnostický zákrok, jehož následkem je malá jizva na krku.

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 uzliny. Např. při uložení uzliny v blízkosti dolní čelisti, může dojít k poškození lícního nervu, čehož důsledkem může být dočasné nebo trvalé poškození hybnosti ústního koutku. Při uložení uzliny 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, 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:

Výkon se provádí při vyčerpání ostatních dostupných vyšetření. V případě neprovedení tohoto výkonu není možné stanovit správnou diagnózu.

Identifikační údaje pacienta(tky):

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

Identifikační údaje zákonného zástupce, opatrovníka:

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

Plánovaný výkon:

Probatorní odstranění krčních uzlin (exstirpatio Ind. colli)

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