

## Informovaný souhlas pacienta(tky) s výkonem

### Resekce (částečné odstranění) kořene jazyka

#### **Vážená paní, Vážený pane,**

vzhledem k Vašemu zdravotnímu stavu, Vám bylo doporučeno částečné odstranění kořene jazyka. V souladu **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 části kořene jazyka je indikováno nejčastěji u zhoubných nádorů jazyka, často společně s odstraněním spádového systému mizních uzlin krčních. Cílem operace je likvidace nádoru a prevence dalšího šíření nádoru do vzdálených oblastí.

#### **Povaha a následky operačního výkonu:**

Prokázaný zhoubný nádor jazyka vyžaduje úplné odstranění nádoru, v některých případech ještě následnou léčbu zářením. V celkové narkóze je zevně otevřen z boční strany nebo ze středního přístupu hltan (laterální nebo mediální faryngotomie) a odstraněn nádor. U menších nádorů jazyka je možné použití přístupu přes dutinu ústní (tj. bez nutnosti zevního otevření polykacích cest). Při operaci v oblasti kořene jazyka může vzniknout pooperačně otok, který by omezoval dýchání. Proto je nutné v těchto případech k zajištění dýchacích cest současně otevření průdušnice (tracheostomie). Otvor v průdušnici může být v nekomplikovaných případech po odeznění otoku měkkých tkání uzavřen do týdne po operaci. Do zhojení rány je zavedena žaludeční sonda k zajištění pooperační výživy asi na 7-10 dnů, v některých případech je již před operací proveden namísto sondy vývod do žaludku (tzv. gastrostomie).

#### **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 např. o: krvácení, zánětlivé komplikace, rozpad operační rány, vznik slinné píštěle (tím se významně může prodloužit doba hojení), vznik hypertrofické jizvy, zmenšení citlivosti v operované oblasti, bolestivost, porucha hybnosti jazyka s poruchou polykání, porucha hybnosti horní končetiny při radikální blokové disekci, odstálá lopatka. 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 14 - 20 dnů a závisí na dalším postupu léčby (následná léčba zářením, chemoterapie..)

#### **Alternativy výkonu:**

V některých případech primární léčba zářením.

**Identifikační údaje pacienta(tky):**

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

**Identifikační údaje zákonného zástupce, opatrovníka:**

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

**Plánovaný výkon:**

<b>Resekce (částečné odstranění) kořene jazyka</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: .....

Svěděk: .....

jméno a příjmení

podpis svědka