

Informovaný souhlas pacienta(tky) s výkonem

Transmandibulární bukofaryngektomie (částečné odstranění hltanu, kořene jazyka s protětím dolní čelisti)

Vážená paní, Vážený pane,

vzhledem k Vašemu zdravotnímu stavu Vám bylo doporučeno částečné odstranění hltanu, případně části kořene jazyka přičemž se pro přístupovou cestu do hltanu využívá protětí dolní čelisti případně její částečné odstranění. 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 hltanu je indikováno nejčastěji u zhoubných nádorů patrové mandle, patrových oblouků, měkkého patra, části kořene jazyka a boční stěny hltanu společně s odstraněním spádového systému mízních uzlin krčních. Cílem operace je odstranění nádoru a prevence dalšího šíření nádoru do vzdálených oblastí.

Povaha a následky operačního výkonu:

Prokázaný zhoubný nádor hltanu je nutno zcela odstranit, v některých případech je třeba ještě následně provést léčbu zářením. Ze zevního přístupu v celkové narkóze je hltan zpřístupněn protětím dolní čelisti a jejím následným rozevřením do stran, což umožňuje dobrý manipulační prostor pro odstranění nádoru. Někdy, pokud nádor dosahuje do blízkosti dolní čelisti, je nutné její částečné odstranění. Při šíření nádoru do oblasti kořene jazyka a na boční stěnu hltanu může vzniknout pooperačně otok, který by omezoval dýchání. Proto je nutné v těchto případech k zajištění dýchacích cest současné 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 (výrazně prodlužuje dobu hojení), vznik hypertrofické jizvy, zhoršené polykání, zhoršená artikulace, zmenšení citlivosti v operované oblasti, bolestivost, porucha hybnosti jazyka, 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 záleží 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:

Transmandibulární buko-faryngektomie (částečné odstranění hltanu, kořene jazyka s protětím dolní čelisti)
--

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