

**Informovaný souhlas pacienta (zákonného zástupce pacienta)
s operací pro chybějící část lebky**

Pacient – jméno a příjmení:	Rodné číslo (číslo pojištění):
Datum narození: (není-li rodné číslo)	Kód zdravotní pojišťovny:
Adresa trvalého pobytu pacienta: (případně jiná adresa)	
Jméno zákonného zástupce (opatrovníka):	Rodné číslo:

Název výkonu

**Operace pro chybějící část lebky
– kranioplastika vlastní kostí anebo umělým materiálem**

Účel výkonu

Účelem operačního výkonu je ošetření defektu (chybějící části lebky) buď navrácením vlastní kosti, která byla při předchozí operaci uložena do podkožní „kapsy“ v oblasti břicha, anebo náhradním materiálem.

Povaha výkonu

Na základě přítomného defektu (chybějící části lebky) je nyní u Vás indikována kranioplastika. Defekt nejčastěji vzniká po předchozí neurochirurgické operaci (tzv. dekompresivní kraniektomii), kdy se kost cíleně odstraňuje za účelem bezprostředního snížení nitrolebního tlaku. Defekty jsou přítomny také po úrazu hlavy nebo poškozením kosti lebky nádorem či infekcí s nutností předchozího vyjmutí poškozené části. Náhrada se provádí buď navrácením vlastní kostní záklopky anebo umělým, biokompatibilním materiálem (polyetylen, PEEK, titanová síťka).

Operační výkon se provádí plánovaně v celkové anestezii.

Cílem operačního výkonu je obnovení kostní celistvosti lebky. Tím dochází k obnovení mechanické ochrany nitrolebního prostoru, obnovení tlakových poměrů uvnitř lebky a také k obnovení estetického vjemu. Kost nebo umělý materiál jsou fixovány k okolí pomocí malých dlažek a šroubků. Po provedeném výkonu je operační rána uzavřena stehy v příslušných vrstvách.

Předpokládaný prospěch výkonu

Cílem operačního výkonu je obnovení krytu nitrolebního prostoru, jeho ochranné i estetické funkce.

Alternativa výkonu

Alternativou k operačnímu výkonu je léčba konzervativní. V tomto případě se jedná o pravidelné klinické kontroly. Jako prevence poranění hlavy se doporučuje nosit ochranné přilby.

Možná rizika zvoleného výkonu

- posunutí plastiky s nepříznivým kosmetickým efektem,
- krvácení – při velkém krvácení většinou následuje operační revize za účelem odstranění krevních sraženin v operační ráně,
- vstřebávání vlastní kostní ploténky se vznikem následného kosmetického defektu,
- epileptické záchvaty v pooperačním období,
- píštěl s nahromaděním či výtokem mozkomíšního mozku v místě operační rány – při výtoku mozkomíšního mozku většinou následuje operační revize za účelem odstranění této komunikace jako prevence vzniku následné infekce (vzácná komplikace),
- infekční komplikace spojené s hojením rány,
- zhoršení neurologických funkcí ve smyslu hybnosti končetin či smyslových funkcí.

Následky výkonu

Následkem každého operačního výkonu je jizva. Jako následek může být rovněž považováno oholení vlasů.

Vážená paní, vážený pane,

Váš přijímací nebo ošetřující lékař Vám velmi ochotně zodpoví případné dotazy či nejasnosti ohledně Vaší hospitalizace, operačního výkonu i pooperačního období. Proto nás v případě dotazu neváhejte kontaktovat.

Souhlas:**pozn. Vaši odpověď zakroužkujte:**

Byl(a) jsem srozumitelně informován(a) o alternativách výkonu prováděných ve Fakultní nemocnici Olomouc, ze kterých mám možnost volit.	ANO	NE
Byl(a) jsem informován(a) o možném omezení v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti po provedení příslušného zdravotního výkonu, v případě možné nebo očekávané změny zdravotního stavu též o změnách zdravotní způsobilosti.	ANO	NE
Byl(a) jsem informován(a) o léčebném režimu a preventivních opatřeních, která jsou vhodná, o provedení kontrolních zdravotních výkonů.	ANO	NE
Byl(a) jsem informován(a) o zdravotnickém prostředku, který mi bude/případně může být implantován, včetně jeho příslušenství, spolu s pokyny týkajícími se mé bezpečnosti a mého chování, včetně toho, kdy mám vyhledat lékaře a kterým vlivům prostředí bych se neměl(a) vystavovat vůbec nebo jen při dodržování vhodných preventivních opatření.	ANO	NE
Všem těmto vysvětlením a informacím, které mi byly lékařem sděleny a vysvětleny, jsem porozuměl(a), měl(a) jsem možnost klást doplňující otázky, které mi byly lékařem zodpovězeny.	ANO	NE

Po výše uvedeném seznámení prohlašuji:

- že souhlasím s navrhovanou péčí a s provedením výkonu a v případě výskytu neočekávaných komplikací, vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků nutných k záchraně života nebo zdraví.	ANO	NE
- že jsem lékařům nezamlčel(a) žádné mně známé údaje o mém zdravotním stavu, jež by mohly nepříznivě ovlivnit moji léčbu či ohrozit mé okolí, zejména rozšířením přenosné choroby.	ANO	NE
- že v případě nutnosti dávám souhlas k odběru biologického materiálu (krev, moč...) na potřebná vyšetření k vyloučení zejména přenosné choroby.	ANO	NE

Datum	Hodina	Podpis pacienta nebo zákonného zástupce (opatrovníka)

Jméno a příjmení lékaře, který podal informaci	Podpis lékaře, který podal informaci

Pokud se pacient nemůže podepsat, uveďte důvody, pro které se pacient nemohl podepsat:

Jak pacient projevil svou vůli:			
Jméno a příjmení zdravotnického pracovníka/svědka	Podpis zdravotnického pracovníka/svědka	Datum	Hodina