

**Informovaný souhlas pacienta (zákonného zástupce pacienta)
s operací cévního ložiska mozku přístupem skrze lebku**

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 cévního ložiska mozku přístupem skrze lebku
– supratentoriální kraniotomie v celkové anestezii**

Účel výkonu

Účelem operačního výkonu je resekce (odstranění) patologického cévního ložiska mozku, potažmo významné snížení až zamezení závažného krvácení z něj.

Povaha výkonu

Na základě provedených vyšetření jsme u Vás zjistili patologické ložisko cévní povahy mozku. Tato ložiska doprovází různorodé klinické projevy vycházející především z jejich lokalizace a velikosti. Kupříkladu se může jednat o bolesti hlavy, křečové stavy (epileptické záchvaty), nebo v neposlední řadě závažné, často život ohrožující, krvácení do nitrolebního prostoru. Část z těchto patologických útvarů může být klinicky němá (přijde se na ně náhodně při provedeném zobrazení z jiného důvodu) a projeví se až samotným krvácením. Riziko krvácení je kumulativní (každým rokem narůstající) a pohybuje se okolo 3 % ročně.

Operační výkon se provádí plánovaně v celkové anestezii. Může se jednat i o (sub)akutní průběh onemocnění vyžadující akutní operační ošetření v celkové anestezii.

Cílem operačního výkonu je odstranění patologického cévního ložiska. Během operace se odebírá standardně vzorek na histologické vyšetření. K ložisku je přístupováno ve většině případů skrze kožní řez umístěný do vlasaté části hlavy. Po uvedení do celkové anestezie Vám oholíme pruh vlasů, kudy povedeme operační přístup. Standardně neholíme celou hlavu ani její polovinu. Poté provádíme dočasné odstranění kostní záklopy, která se ve většině případů na konci operačního výkonu vrací zpět a kotví se pomocí malých dlažek a šroubků tak, aby nevznikl významný kosmetický defekt. Po otevření obalů mozku provádíme pod operačním mikroskopem odstranění nádorového ložiska. Po provedeném výkonu je operační rána uzavřena stehy v příslušných vrstvách.

Předpokládaný prospěch výkonu

Cílem operačního výkonu je resekce (odstranění) ložiska. Odstraněním se významně snižuje až eliminuje riziko život ohrožujícího krvácení v budoucnu.

Alternativa výkonu

Alternativou k operačnímu výkonu je konzervativní postup nebo některá z metod intervenční radiologie. Konzervativní postup se skládá z několika možností, mezi které řadíme: sledování na pravidelných klinických kontrolách, radiochirurgické ošetření (tzv. Leksellovým gama nožem, jehož efekt nastupuje v rozmezí 1-3 let během kterého však nadále nepřestává platit kumulativní riziko krvácení, viz výše). V určitých případech operační výkon může předcházet ošetření endovaskulární, kdy intervenční radiolog za rentgenové kontroly obliteruje (uzavře) cévní ložisko zavaděčem přes třísko. Operace ve většině případů zůstává jedinou možnou alternativou.

Možná rizika zvoleného výkonu

- krvácení – při velkém krvácení většinou následuje operační revize za účelem odstranění krevních sraženin v operační ráně,
- epileptické záchvaty v pooperačním období,
- reflexní stahy mozkových tepen, které způsobí nedostatečné prokrvení mozku – tzv. vazospazmy,
- uzávěr přívodných či odvodných cév mozku s nedostatečným prokrvením mozku (vzácná komplikace),
- 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,
- infekční komplikace spojené s hojením rány.
- (přechodné) zhoršení neurologické stavu – přechodné zhoršení může nastat vlivem pooperačního otoku mozku.

Následky výkonu

Následkem každého operačního výkonu je jizva. Jako následek může být rovněž považováno oholení pruhu vlasů v operačním poli.

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