

**Informovaný souhlas pacienta (zákonného zástupce pacienta)
s mikrovaskulární dekompresí**

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

Mikrovaskulární dekomprese

Účel výkonu

Účelem operačního výkonu je odstranění konfliktu mezi nervem a cévou, která svou pulzací působí dráždění nervu.

Povaha výkonu

Na základě provedených vyšetření jsme u Vás zjistili přítomnost tzv. neurovaskulárního konfliktu – stavu, kdy dochází k dráždivému kontaktu mezi cévou a jednoho z hlavových nervů v oblasti jeho odstupu z mozku. Nejčastěji je drážděn trojklanný nerv, který produkuje nepříjemně vystřelující bolesti v oblasti tváře (často do čelisti a do zubů). Drážděný může být také lícní nerv, který produkuje velmi nepříjemné křeče mimických svalů. Méně často může být drážděn sluchově-rovnovážný nerv produkující náhlé ataky závratí anebo jazykohltanový nerv působící bolestivé senzací v oblasti dutiny ústní.

Operační výkon se provádí plánovaně v celkové anestezii.

Cílem operačního výkonu je oddělení nervu od cévy a následnému vložení tzv. stopperu – teflonové vaty, která bude tlumit případnou pulzaci, kterou céva nerv dráždí. K místu je přístupováno skrze kožní řez umístěný do vlasaté části hlavy za uchem. Po uvedení do celkové anestezie Vám oholíme pruh vlasů, kudy povedeme operační přístup. Poté provádíme dočasné odstranění kostní záklopky, 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 konfliktu popsaného výše. Po provedeném výkonu je operační rána uzavřena stehy v příslušných vrstvách.

Předpokládaný prospěch výkonu

Cílem operačního výkonu je zamezit dráždění nervu cévou a tím odstranit nepříjemné senzací, které toto dráždění působí.

Alternativa výkonu

Alternativou k operačnímu výkonu je konzervativní postup. Ten se skládá především z tišení bolestí pomocí léků (analgetik) a klidového režimu. V určitých případech neuralgie trojklanného nervu lze pacientům nabídnout jednu z metod funkční neurochirurgie (stereotaktická radiochirurgie anebo pulzní radiofrekvenční ablace).

Možná rizika zvoleného výkonu

- poranění anebo podráždění jednoho z hlavových nervů s následnou (přechodnou) poruchou jeho funkce,
- krvácení – při velkém krvácení většinou následuje operační revize za účelem odstranění krevních sraženin v operační ráně,
- 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.

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, souhlasím s jejich provedením.	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