

**Informovaný souhlas pacienta (zákonného zástupce pacienta)  
s drenážní operací mozkomíšního moku**

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

**Název výkonu****Drenážní operace mozkomíšního moku****Účel výkonu**

Účelem operačního výkonu je vytvoření zkratu, který umožní odvod mozkomíšního moku z míst s patologicky zvýšeným množstvím tekutiny do míst, kde je umožněna její resorpce (vstřebání).

**Povaha výkonu**

Na základě provedených vyšetření jsme u Vás zjistili nadměrné hromadění tekutiny v nitrolebním prostoru. Ta se zpravidla nachází v mozkových komorách, při onemocnění zvaném hydrocefalus anebo v mozkových cystách. Nahromadění vzniká důsledkem narušení rovnováhy mezi tvorbou a vstřebáváním mozkomíšního moku či u přítomné překážky (zúžení), která brání jeho normální cirkulaci. Projevuje se zvětšením komorového systému mozku a trvalými či přechodnými příznaky nitrolební hypertenze (projevy vysokého tlaku uvnitř hlavy, který nahromaděná tekutina vyvíjí na mozek). Mezi příznaky patří změna vědomí, zvracení, bolesti hlavy, poruchy paměti, močová inkontinence, poruchy rovnováhy a chůze. U dětí můžeme pozorovat nárůst obvodu hlavičky. Neléčený hydrocefalus může vést k úmrtí. Operační výkon se provádí plánovaně v celkové anestezii. Cílem operačního výkonu je vytvoření alternativní možnosti odtoku mozkomíšního moku z mozku. Drenážní systém se zavádí v oblasti vlasové části na hlavě. Před operačním výkonem v místě zavedení systému oholíme pruh vlasů. Přes návrť v lebce zavádíme drén do komorového systému mozku (anebo do cysty). Drén se napojí na zbytek systému, který je tvořen rezervoárem (v místě zavedení drénu), ventilem (za uchem na operované straně) a tenkou hadičkou pod kůží, která odvádí tekutinu do míst, kde se bude vstřebávat. Druhy jednotlivých drenáží jsou nazvány podle místa, kde se bude tekutina vstřebávat. Nejčastěji se jedná o peritoneální shunt (odvodná hadička zavedená do dutiny břišní) anebo atriální shunt (zavedena do žíly na krku vedoucí k srdci). Výjimečně lze drenáž zavést také mimo jiné do dutiny hrudní či močového měchýře. Po provedeném výkonu je operační rána uzavřena stehy v příslušných vrstvách.

**Předpokládaný prospěch výkonu**

Cílem operačního výkonu je vytvoření alternativní cesty odtoku mozkomíšního moku (anebo obsahu vrožené mozkové cysty).

**Alternativa výkonu**

Alternativou k operačnímu výkonu je endoskopická operace. Ta se může provést v případě obstrukčního hydrocefalu – tedy pokud je přítomna překážka bránící normální cirkulaci mozkomíšního moku.

**Možná rizika zvoleného výkonu**

- selhání drenážního systému – nejčastější komplikace – bývá zapříčiněna rozpojením, zalomením či ucpáním drenážního systému v. jeho průběhu,
- selhání funkce ventilu vlivem působení magnetického pole (magnetům),
- krvácení – vlivem nadměrné drenáže může dojít k poranění mozkových cév a vzniku krvácení,
- infekční komplikace – projevují se jako infekce mozku, jeho obalů anebo dutiny břišní,
- místní komplikace – např. vznik proleženiny nad ventilem či jakékoliv vyčnívání systému skrz kůži – tento stav se musí neprodleně řešit, jinak hrozí riziko vzniku infekce.

**Následky výkonu**

Následkem operačního výkonu je několik malých jizviček: na hlavě, za uchem, na krku a na břiše. Jako následek může být rovněž považováno oholení pruhu vlasů v operačním poli.

Vážená paní, vážený pane,  
 Váš příjímací 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:**

<b>pozn. Vaši odpověď zakroužkujte:</b>		
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

<b>Po výše uvedeném seznámení prohlašuji:</b>		
- 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

<b>Pokud se pacient nemůže podepsat, uveďte důvody, pro které se pacient nemohl podepsat:</b>			
<b>Jak pacient projevils svou vůli:</b>			
Jméno a příjmení zdravotnického pracovníka/svědka	Podpis zdravotnického pracovníka/svědka	Datum	Hodina