

## Informovaný souhlas pacienta (zákonného zástupce pacienta) s totální tyroidektomií (odstraněním štítné žlázy)

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

**Totální tyroidektomie**  
(odstranění celé štítné žlázy)

### Účel výkonu

Léčebný.

Účelem chirurgického výkonu je odstranění celé štítné žlázy, aby se zabránilo její nadměrné hormonální produkci nebo došlo k spolehlivému odstranění všech lézí (uzly, nádory, cysty aj.) přítomných uvnitř štítné žlázy.

### Povaha výkonu

V celkové anestézii ze zevního přístupu kolárním kožním řezem na přední straně krku po preparaci podkožních a svalových struktur a podvazu cév bude odstraněna celá štítná žláza, po té budou tkáňové struktury rekonstruovány, drénovány a kožní rána sešita.

### Předpokládaný prospěch výkonu

Zamezení rozvoje onemocnění štítné žlázy (např. růstu uzlu, zhoubného onemocnění, zamezení rozvoje očních komplikací /orbitopatie/, dýchacích potíží, metabolických poruch aj.)

### Alternativa výkonu

Samostatná léčba radiojódem pro zvlášť indikované případy.

### Následky výkonu

Možná jednostranná i oboustranná, dočasná i trvalá paréza (obrna) laryngeálního zvrtného (hlasivkového) nervu s hlasovou poruchou, s omezeným dýcháním, trvalé kanyonosičství.

Dočasná i trvalá hypoparatyreóza (snížení hladiny kalcia v organismu) s projevy tetanie (křeče atd.), keloidní jizva, tah v jizvě způsobený srůsty v ráně

### Možná rizika zvoleného výkonu

Během výkonu – krvácení, poranění jednoho nebo obou zvrtných nervů, poranění nebo odstranění příštítných tělísek na obou stranách, poranění velkých krčních cév, průdušnice, poranění trunksu brachiocephalicus (velké cévy), pneumotorax.

Po výkonu - krvácení v ráně, přechodná hypokalcémie (snížení hladiny vápníku v krvi s projevy brnění a křečí), tyreotoxická krize.

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

Byl(a) jsem srozumitelně informován(a) o alternativách výkonu prováděných ve FN 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
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