

## Informovaný souhlas pacienta (zákonného zástupce pacienta) s konzervativní superficiální parotidektomií

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

**Konzervativní superficiální parotidektomie**  
(odstranění povrchového laloku příušní žlázy se šetřením lícního nervu)

### Účel výkonu

Diagnostický a léčebný. Výkon je prováděn za účelem odstranění nádorového ložiska a zabránění eventuální recidivě výskytu nádoru.

Při neodstranění tumoru či zánětlivého ložiska může dojít k enormnímu růstu tumoru nebo zánětlivým komplikacím.

### Povaha výkonu

Podstatou vlastního výkonu je odstranění nádorového ložiska v příušní žláze. Výjimečně se takto léčí i některé druhy zánětů či jejich komplikací, které nereagují na konzervativní léčbu.

### Předpokládaný prospěch výkonu

Zamezení rozvoje onemocnění. Včasná operace může zabránit malignizaci tumoru.

### Alternativa výkonu

Nádory slinných žláz nejsou citlivé na záření ani na chemoterapeutika, takže tyto způsoby léčby se používají jen ke zpomalení jejich růstu tam, kde z celkových či místních příčin nelze operovat.

### Následky výkonu

Jizva v operované oblasti, snížená tvorba slin.

### Možná rizika zvoleného výkonu

Úspěch lékařských výkonů a jejich absolutní nerizikovitost nelze nikdy zcela zajistit.

Příušní žlázou prochází lícní nerv, který může nabývat těsných vztahů k nádoru a být jím i prorostlý. Součástí výkonu je proto preventivní obnažení větví nervu, což může vést k přechodné funkční, vzácně i k trvalé obrně části či celé poloviny tváře.

V případě trvalého poškození funkce těch větví lícního nervu, které ovládají uzávěr oční štěrbin, hrozí oschnutí rohovky. Tento stav je nutno řešit podáváním očních kapek, při hrozícím vředu rohovky pak zmenšením oční štěrbin sešitím víček.

Pooperační krvácení lze zvládnout konzervativně, jinak je nutná revizní operace.

Vzácně dochází ke vzniku slinných píštělí, které se většinou zahojí samy.

Pocení kůže tváře v operované oblasti při jídle je zvládnutelné použitím místních roztoků.

Hnisavé komplikace rány se řeší podáváním antibiotik a patřičnou péčí o kůži.

### 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

**Stranový verifikační protokol** (vyplňuje lékař)

Ověření lokalizace výkonu:	Část těla	Strana
Ověření dle ambulantní karty	<input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> Pravá <input type="checkbox"/> Levá
Ověření dle chorobopisu	<input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> Pravá <input type="checkbox"/> Levá
Ověření dle zobrazovacích metod	<input type="checkbox"/> RTG <input type="checkbox"/> UZ <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> Jiné:	<input type="checkbox"/> Pravá <input type="checkbox"/> Levá
Závěr - část těla:		
<b>Lokalizace výkonu označena:</b>	<input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE	
<b>Důvod neoznačení:</b>		
<input type="checkbox"/> zdravotní stav pacienta neumožňuje prodlevu péče potřebnou k označení		
<input type="checkbox"/> pacient s označením nesouhlasí		

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 projevilsvou vůli:**

\_\_\_\_\_

Jméno a příjmení zdravotnického pracovníka/svědka	Podpis zdravotnického pracovníka/svědka	Datum	Hodina