

Informovaný souhlas pacienta (zákonného zástupce pacienta) s laryngektomií

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

**Laryngektomie (chirurgické odstranění hrtanu)
+ bloková krční disekce (odstranění) krčních uzlin**

Účel výkonu

Výkonem se odstraní hrtan nebo jeho část spolu s nádorem a nádorová ložiska v krčních uzlinách. V případě neprovedení výkonu zůstává tumor neodstraněn.
Diagnostický a léčebný.

Povaha výkonu

Podstatou vlastního výkonu je odstranění nádorového ložiska hrtanu i suspektní (možnou) metastazou v krčních uzlinách.

Předpokládaný prospěch výkonu

Zamezení rozvoje onemocnění. Včasná operace může zabránit malignizaci tumoru.

Alternativa výkonu

Aktinoterapie nebo chemoterapie nebo obě metody společně.

Následky výkonu

Jizva v operované oblasti, tracheotomie.

Možná rizika zvoleného výkonu

Níže uvedené komplikace plynou z anatomického uspořádání této krajiny a zahrnují:

- možnost poranění těchto hlavových nervů:
 - nervu bloudivého či v případě operace štítné žlázy jeho tzv. zvrtné větve, což se projeví obrnou stejnostranné hlasivky. Tento stav lze většinou zrehabilitovat foniatrickou péčí,
 - nervu přídatného s následným oslabením svalů pletence pažního s nemožností zvednutí paže nad horizontálu. Vzniklou komplikaci lze z velké části kompenzovat rehabilitací,
 - nervu jazyko-hltanového, což se může projevit poruchou polykání,
 - dolní větve lícního nervu, způsobující pokles koutku ústního. Stav se u části pacientů může upravit spontánně,
 - nervu sympatického, což vede ke vzniku zúžené zornice, poklesu horního víčka a lehkému vtažení oční koule. Tento stav je trvalý,
 - poranění mízovodu, projevující se pooperační píštělí. Tato komplikace se většinou zvládne dočasnou úpravou diety, jen vzácně je nutná reoperace.
- možnost pooperačního i pooperačního krvácení z velké cévy, většinou vyžaduje okamžitou operační revizi.
- možnost ranných hnisavých komplikací, zvláště v předtím ozařovaném terénu.
- slinná píštěl.

Souhlas:**pozn. Vaší 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 nezamíchl(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