

Informovaný souhlas pacienta (zákonného zástupce pacienta) s laterální faryngotomií

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

Laterální faryngotomie
(operační otevření hltanu z jeho boční stěny)

Účel výkonu

Operace slouží zejména jako přístupová cesta k nádorům a méně často k cizím tělesům nacházejících se uvnitř hltanu.

Povaha výkonu

Jedná se o chirurgickou operaci, která se provádí v celkovém znecitlivění.

Předpokládaný prospěch výkonu

Úplné odstranění nádoru z oblasti hltanu až do zdravých okrajů s cílem zamezení rozvoje onemocnění.

Alternativa výkonu

Menší nádory je někdy možné odstranit přes dutinu ústní, ale tento výkon nenabízí tak dobrou přehlednost a bezpečnost úplného odstranění. Některé nádory je možné odstranit nechirurgicky pomocí radioterapie (zevní záření) nebo chemoterapie (protinádorové léky do žíly) nebo kombinací obou metod.

Následky výkonu

Jizva na krku.
V pooperačním období je dočasně nosem zavedena žaludeční sonda k přechodnému zajištění výživy. Po odstranění nádoru s okolní tkání v hltanu mají někteří pacienti polykací obtíže, které se obvykle postupně zmírňují či zcela vymizí.
Dočasná tracheostomie (tzv. slavič) zajišťující průchodnost dýchacích cest při hrozícím pooperačním otoku se dělá jenom v některých případech.

Možná rizika zvoleného výkonu

I při správném postupu v souladu s příslušnými profesními povinnostmi a standardy (lege artis) mohou vzniknout v souvislosti s uvažovaným zákrokem jisté komplikace.
Krvácení lze většinou zvládnout konzervativně. Silnější krvácení vyžaduje operaci.
Riziko hnisavých komplikací v ráně, zvláště v předtím ozařovaném terénu, se řeší antibiotiky a patřičnou péčí o kůži.
Slinná píštěl (výtok slin a stravy z rány na krku) se většinou zhojí sama (do několika dnů či týdnů). Pokud píštěl nejeví známky hojení, tak je někdy nutné provést operační revizi.
Při poranění podjazykového nervu, který zajišťuje hybnost jazyka, může jazyk při plazení uchytovat ke zdravé straně a řeč může být malinko setřelá.
Po dobu několika týdnů může přetrvávat bolestivost v oblasti rány a při polykání.

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
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

<u>Stranový verifikační protokol</u> (vyplňuje lékař)		
Ověření lokalizace výkonu:	Část těla	Strana
Ověření dle ambulantní karty	☐ ANO ☐ NE	☐ Pravá ☐ Levá
Ověření dle chorobopisu	☐ ANO ☐ NE	☐ Pravá ☐ Levá
Ověření dle zobrazovacích metod	☐ RTG ☐ UZ ☐ CT ☐ Jiné:	☐ Pravá ☐ Levá
Závěr - část těla:		
Lokalizace výkonu označena: ☐ ANO ☐ NE Důvod neoznačení: ☐ zdravotní stav pacienta neumožňuje prodlevu péče potřebnou k označení ☐ 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 projevil svou vůli:			
Jméno a příjmení zdravotnického pracovníka/svědka	Podpis zdravotnického pracovníka/svědka	Datum	Hodina