

**Informovaný souhlas pacienta (zákonného zástupce pacienta)
s chirurgickým výkonem v ORL oblasti prováděným robotem skrze dutinu ústní**

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

**Chirurgie v ORL oblasti prováděná robotem skrze
dutinu ústní
(TORS - transoral robotic surgery)**



Účel výkonu

Odstranění léze (nádoru, orgánu nebo jeho části) za použití operačního robota skrze dutinu ústní.

Povaha výkonu

Operace je indikována u pacientů, kde předpokládáme při použití operačního robota méně invazivní operační výkon a s tím související rychlejší zhojení, menší bolestivost po operaci a nižší riziko otoku dýchacích cest vyžadující tracheostomii (otvor na krku k zajištění dýchání).

Pomocí nástrojů, umístěných na ramenech robota, je možné operovat v jinak obtížně dostupných místech dutiny ústní, vchodu do dýchacích a polykacích cest.

Výkon může být doplněn dalším zákrokem, je-li součástí komplexní terapie onemocnění (např. odstranění krčních uzlin, otevření průdušnice - tracheostomie).

Tento výkon vyžaduje přípravu pacienta, celkovou narkózu a v případě potřeby pooperační pobyt na jednotce intenzivní péče.

Předpokládaný prospěch výkonu

Odstranění obtíží spojených se základním onemocněním pacienta (odstranění nádoru, překážky zhoršující dýchání), stanovení diagnózy (diagnostika orgánu postiženého nádorem).

Následky výkonu

Bolestivost po operaci bude důsledně залечена léky proti bolesti. V některých případech, kdy lze očekávat polykací potíže může být zavedena výživovací sonda přes nos. Pocit „jiného“ polykání může u některých pacientů trvat delší dobu.

Alternativa výkonu

1. Operační odstranění nádoru otvorem vytvořeným řezem přes kůži krku až do dýchacích a polykacích cest, někdy doplněno o protnutí čelisti. Oba přístupy často vyžadují otevření průdušnice (tracheostomii).
2. U některých zhoubných nádorů ozáření postiženého orgánu.

Možná rizika zvoleného výkonu

Během operace a časně po operaci může dojít ke **zvýšenému riziku krvácení**. Případná ztráta krve bývá nahrazena podáním krevní transfúze. Krvácení, které se nepodaří během operace zvládnout roboticky, může být důvodem k dokončení výkonu klasickou operací – řezem na kůži. Pooperační krvácení rovněž může být důvodem k reoperaci.

Přístup přes dutinu ústní může být zřídka komplikován poraněním chrupu, rtů nebo jazyka. Dále může být stav komplikován otokem dýchacích cest, který ve výjimečných případech může vyžadovat odloženou extubaci (ponechání dýchací rourky) nebo otevření dýchacích cest (tracheostomie).

Nejzávažnější obecné komplikace

Bolest v ráně bude tlumena vhodnými léky. V pooperačním období se mohou vyskytnout **teploty**, které jsou léčeny podle příčiny a klinických projevů. **Komplikace narkózy**, ač velmi zřídka, Vám budou vysvětleny lékařem – anesteziologem.

Souhlas:

Pozn.: Vaši odpověď zakroužkujte

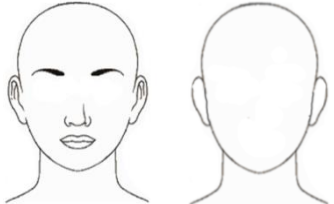
Byl jsem srozumitelně informován o alternativách výkonu prováděných ve Fakultní nemocnici Olomouc, ze kterých mám možnost volit.	ANO	NE
Byl jsem informován o možném omezení v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti po provedení příslušného zdravotního výkonu, v případě možné nebo očekávané změny zdravotního stavu též o změnách zdravotní způsobilosti.	ANO	NE
Byl jsem informován 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, měl 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 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	☐ ANO ☐ NE	☐ Pravá ☐ Levá ☐ Jiné*
Ověření dle chorobopisu	☐ ANO ☐ NE	☐ Pravá ☐ Levá ☐ Jiné*
Ověření dle zobrazovacích metod	☐ RTG ☐ UZ ☐ CT ☐ Jiné:	☐ Pravá ☐ Levá ☐ Jiné*
Závěr - část těla (*v případě zaměnitelné úrovně, proveďte specifikaci místa výkonu - úroveň):		
Lokalizace výkonu označena: ☐ ANO ☐ NE		
Důvod neoznačení:		
☐ zdravotní stav pacienta neumožňuje prodlevu péče potřebnou k označení		
☐ výkon proveden transorálně, včetně výkonů endoskopických		
☐ 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