

**Informovaný souhlas pacienta (zákonného zástupce pacienta)
s exstirpací lymfatické uzliny na krku**

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

**Exstirpace lymfatické uzliny na krku
(odstranění mízní uzliny krku)**

Účel výkonu

Odstranění jedné nebo více mízních uzlin na krku, které jsou zvětšené, napadené zánětem nebo nádorovým bujením. Výkon slouží k určení příčiny zvětšení uzlin nebo k odstranění zduření na krku.

Povaha výkonu

Chirurgický výkon je prováděn v celkové anestézii.

Předpokládaný prospěch výkonu

Diagnóza onemocnění a odstranění zduření na krku.

Alternativa výkonu

Cytologická punkce získána ze vpichu jehlou přes kůži do podezřelé uzliny. Její výtěžnost není vždy spolehlivá. Výsledek je pouze orientační a definitivní diagnózu nestanoví u všech nemocných.

Následky výkonu

Následkem operace je jizva na krku.

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. Ač při exstirpaci uzliny je výskyt komplikace velice nízký, tak přesto se mohou vyskytnout. Jedná se např. o: krvácení, infekci, rozpad operační rány, vznik hypertrofické jizvy (keloid), zmenšení citlivosti v operované oblasti, bolestivost, porušení mizovodu se vznikem mízní píštěle, porucha hybnosti horní končetiny, odstávající lopatka. Poranění cév na krku si může vyžádat jejich podvázání a přerušování. V případě poškození X. hlavového nervu (bloudivého) dochází k obrně hlasivky na postižené straně a poruše polykání. Při poškození XII. hlavového nervu (podjazykového) dochází k poruše hybnosti jazyka na straně postiženého nervu. Existuje riziko poškození lícního nervu zajišťujícího pohyb ústního koutku – toto postižení je obvykle jen dočasné.

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 ☐ 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 ☐ 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