

**Informovaný souhlas pacienta (zákonného zástupce pacienta)
s odstraněním laterální krční cysty**

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**Exstirpace laterální krční cysty**
(odstranění cysty v boční části krku)**Účel výkonu**

Odstranění laterální krční cysty, čímž předcházíme možným komplikacím, jako jsou opakované záněty se zduřením, bolestivost z útlaku okolních tkání, možnost nádorového bujení.

Povaha výkonu

Chirurgický výkon v celkové anestezii z řezu v boční části krku podle polohy cysty. Cysta se uvolní z okolních tkání. Na závěr se vloží do oblasti drén a rána se sešije.

Předpokládaný prospěch výkonu

Odstranění cysty, zabránění možným budoucím komplikacím – opakovaným zánětům se zarudnutím a zduřením, bolesti z útlaku okolních tkání.

Alternativa výkonu

Neoperovat. Výkon není akutní, lze vyčkávat, až se cysta zmenší, ale nikdy sama zcela nezmizí a hrozí výše uvedené komplikace.

Následky výkonu

Jizva na krku v místě operace, možné mírné vpáčení tkání nad místem operace.

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. Jedná se např. o: krvácení, infekci, rozpad operační rány, vznik hypertrofické jizvy, zmenšení citlivosti v operované oblasti, bolestivost. Poranění cévního svazku si může vyžádat jeho podvázání a přerušení.

Velice vzácně zvláště při rozsáhlé cystě po několika proběhlých zánětech může dojít k poranění blízko probíhajících nervů. 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. Při poškození XI. hlavového nervu může dojít k poruše hybnosti horní končetiny a odstávající lopatce. Při poškození jedné z větví lícního nervu (r. marginalis) může dojít k postižení pohyblivosti ústního koutku, obvykle jen dočasně.

V malém procentu případů může dojít k opětovnému objevení se cysty.

Vzácně může pooperačně dojít k dočasnému otoku vchodu do hrtanu a dechovým potížím.

Další rizika jsou spojená s přihlédnutím k individualitě pacienta a jeho celkovému zdravotnímu stavu: např. poruchy hojení ran, infekční komplikace a komplikace celkové narkózy.

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	☐ 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