

Informovaný souhlas pacienta (zákonného zástupce pacienta) s exstirpací příštítného tělíska

| | |
|--|-----------------------------------|
| 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 příštítného tělíska
(chirurgické odstranění příštítného tělíska)

Účel výkonu

Léčebný.

Účelem chirurgického výkonu je odstranění patologicky změněného příštítného tělíska s cílem odstranit nádor tělíska nebo zabránění nadměrné produkci hormonů.

Povaha výkonu

V celkové anestézii ze zevního přístupu kožním řezem nad jugulární jamkou na přední straně krku po preparaci podkožních a svalových struktur a podvazu cév bude příštítné tělísko odstraněno, poté budou jednotlivé struktury rekonstruovány, do rány vložen drén a kožní rána sešita.

Předpokládaný prospěch výkonu

Zamezení dalšího rozvoje onemocnění příštítného tělíska a s ním souvisejících komplikací (vysoké koncentrace vápníku v krvi, u zhoubných nádorů jejich další šíření).

Alternativa výkonu

Jiná alternativa léčby neexistuje.

Následky výkonu

Možná jednostranná i oboustranná (v případě výkonu na obou stranách) dočasná i trvalá obrna laryngeálního zvrátneho (hlasivkového) nervu s následnou hlasovou poruchou (chrapot). V případě potíží s dýcháním (což je po této operaci velmi neobvyklé) může být nutné provedení tracheostomie (hovorově slavíka). Jizva na kůži v místě řezu.

Možná rizika zvoleného výkonu

Během výkonu – krvácení, poranění jednoho nebo obou zvratných nervů, poranění velkých krčních cév, průdušnice, pneumotorax.

Po výkonu – krvácení v ráně, přechodná hypokalcémie (snížení koncentrace vápníku v krvi s projevy brnění a křečí).


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 | Umístění | |
| Ověření dle ambulantní karty | <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE | <input type="checkbox"/> vpravo <input type="checkbox"/> vlevo | <input type="checkbox"/> horní <input type="checkbox"/> dolní |
| Ověření dle chorobopisu | <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE | <input type="checkbox"/> vpravo <input type="checkbox"/> vlevo | <input type="checkbox"/> horní <input type="checkbox"/> dolní |
| Ověření dle zobrazovacích metod | <input type="checkbox"/> RTG <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> UZ <input type="checkbox"/> Jiné: | <input type="checkbox"/> vpravo <input type="checkbox"/> vlevo | <input type="checkbox"/> horní <input type="checkbox"/> dolní |
| Závěr – část těla: | | | |
| Lokalizace výkonu označena: | | <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE | |
| Důvod neoznačení: | |  | |
| <input type="checkbox"/> zdravotní stav pacienta neumožňuje prodlevu péče potřebnou k označení | | | |
| <input type="checkbox"/> 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 |
| | | | |