

**Informovaný souhlas pacienta (zákonného zástupce pacienta)
se splenectomií**

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

SPLENECTOMIE
(odstranění sleziny)

Účel výkonu:

Při prokázaném nitrobrášním krvácení z poraněné sleziny se jedná o život zachraňující urgentní operační výkon.

Povaha výkonu

Chirurgický výkon vedoucí k odstranění sleziny. Jedná se o urgentní chirurgický výkon, diagnosticko, léčebný

Předpokládaný prospěch výkonu

Nitrobrášní krvácení z poraněné sleziny je stav bezprostředně ohrožující život / v závislosti na velikosti poranění a intenzitě krvácení/. Účelem výkonu je odstranění orgánu s podvazem přírodních cév a zástava krvácení.

Alternativa výkonu

V případě silného krvácení alternativa splenektomie neexistuje. V případě lehčího poranění při příznivém klinickém nálezů lze postupovat konzervativně za intenzivního sledování nemocného za hospitalizace.

Následky výkonu:

Odstranění sleziny, především u dětí snížení imunity s náchylností k infekcím, jizva

Možná rizika zvoleného výkonu

Jedná se o výkon prováděný v celkové anestezii z operační rány na břicho / laparotomie /. Riziko výkonu je dáno celkovým klinickým stavem pacienta, přidruženým poraněním a velikostí krevní ztráty. Pooperační komplikace jsou nitrobrášní infekce, pooperační krvácení, infekce v ráně i kýla v jizvě, tedy obecné komplikace nitrobrášních výkonů.

Souhlas:

pozn. Vaší 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 lékařem 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

Datum	Hodina	Podpis pacienta nebo zákonného zástupce (opatrovníka)

Jméno a příjmení lékaře, který podal informaci	Podpis lékaře, který podal informaci

Jméno a příjmení lékaře, provádějícího výkon	Podpis lékaře, provádějícího výkon	Datum	Hodina

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