



## INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTA S OPERACÍ

### Laparoskopická appendektomie

**Jméno, Příjmení:** .....

**RČ:** .....

**Appendix (červovitý přívěsek slepého střeva)** se nejčastěji operačně odstraňuje při akutním zánětu – jedná se o stav, který při neadekvátním léčení může vést k vážnému poškození zdraví, často i s následkem smrti. Dále appendix operačně odstraňujeme v případě dlouhodobých nebo opakujících se bolestí v pravém podbříšku, kde je podezření na chronický zánět apendixu. Cílem operace je odstranění zánětem postiženého apendixu. Většinu appendektomií (operační odstranění červovitého přívěsku slepého střeva) provádíme laparoskopicky, nejčastěji ze 3 drobných řezů velikosti asi 5 -15mm. Za určitých okolností není technicky možné dokončit operaci laparoskopicky nebo je při pokračování laparoskopické operace vysoké riziko závažných komplikací (důvodem mohou být například rozsáhlé srůsty v dutině břišní nebo pokročilý zánět, postihující i okolní orgány). V tom případě je nutné dokončit operaci klasicky otevřenou cestou z řezu v pravé polovině břišní stěny.

I při správném postupu (lege artis) mohou vzniknout v souvislosti s provedeným operačním zákrokem např. tyto **komplikace**:

- krvácení operačních ran, krvácení v dutině břišní
- zánětlivé komplikace v operační ráně, rozpad operační rány s nutností opakovaných převazů
- vznik hnisavého zánětlivého ložiska (abscesu) v dutině břišní, při kterém je někdy nutný další operační výkon
- poranění nitrobřišních orgánů
- vznik nevzhledné jizvy (hypertroická nebo keloidní jizva)

**Diagnosa:**.....

**Operace:**.....

Já níže podepsaný/á, prohlašuji, že jsem byl/a lékařem, pro mě srozumitelnou formou, plně seznámen/a se svým současným zdravotním stavem, jeho příčinou, s navrženým léčebným postupem a s případným operačním výkonem vč. možných alternativ a jejich popisu.

Prohlašuji a svým dále uvedeným vlastnoručním podpisem potvrzuji, že lékař, který mi poskytl poučení, mi osobně vysvětlil důsledky a rizika případného odmítnutí navrhovaného



**Nemocnice  
Náchod**

Oblastní nemocnice Náchod a.s., nemocnice Rychnov nad Kněžnou  
Chirurgické oddělení  
Jiráskova 506, 516 23 Rychnov nad Kněžnou, tel. č. 494 502 111

postupu a vše, co je obsahem tohoto písemného informovaného souhlasu a měl/a jsem možnost klást mu otázky, na které mi řádně odpověděl.

Prohlašuji, že jsem shora uvedenému poučení plně porozuměl a výslovně souhlasím s provedením uvedeného operačního výkonu.

Současně prohlašuji, že v případě výskytu neočekávaných komplikací, vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků nutných k záchraně mého života nebo zdraví souhlasím s tím, aby byly provedeny veškeré další potřebné a neodkladné výkony nutné k záchraně mého života nebo zdraví. Prohlašuji, že ponechávám z vlastní vůle veškerá rozhodnutí o konkrétním způsobu mé léčby, který není uveden v tomto prohlášení, na ošetřujícím lékaři.

Ošetřující lékař má povinnost mne průběžně informovat o mém zdravotním stavu, a pokud změním své stanovisko k předpokládané léčbě, sdělím včas tuto skutečnost svému ošetřujícímu lékaři.

Na veškeré mé případné dotazy týkající se zdravotní péče, mého zdravotního stavu, jakož i všech okolností týkající se výše uvedeného zákroku jsem dostal/a uspokojivou odpověď.

V Rychnově nad Kněžnou dne

---

Vlastnoruční podpis pacienta

Podpis lékaře, který poučení provedl:

---

Podpis svědků poučení a souhlasu pacienta, pokud pacient není schopen se vlastnoručně podepsat nebo zákonného zástupce: