

INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTA

Odstranění krční uzliny

POVAHA A CÍL VÝKONU

Cílem výkonu je odběr celé nebo části krční uzliny pro stanovení diagnózy.

VLASTNÍ VÝKON

Operace je prováděna z řezu na krku v místě, kde se uzlina nachází. Výkon tedy zanechává jizvu na krku. Výkon je prováděn v lokální nebo celkové anestézii podle místa a hloubky uložení uzliny. Během výkonu je dle operačního nálezu vkládán do rány drén, který odvádí tekutinu, která se tvoří v ráně během hojení. Drén je odstraňován 1-2 pooperační den.

MOŽNÉ KOMPLIKACE

I při správném provedení výkonu mohou nastat komplikace jako krvácení, zánět v operační ráně, vznik hypertrofické jizvy, zmenšení citlivosti v operované oblasti, bolestivost. Ve vzácném případě může dojít k poranění okolních struktur (cévy, nervy).

PÉČE PO OPERACI A HOSPITALIZACE

Hojení operační rány trvá zpravidla 7-9 dnů, kdy jsou také odstraňovány stehy. Během hojení je ránu třeba chránit před vodou a nečistotami. Délka hospitalizace je průměrně 4 dny. Doba rekonvalescence je průměrně 7 dnů po propuštění.

ALTERNATIVY VÝKONU

Alternativou výkonu je neoperovat.

Rizikem alternativního postupu je neurčení správné diagnózy a nesprávná léčba.

PROHLÁŠENÍ PACIENTA/ ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE

Podepsáním tohoto dokumentu potvrzuji, že poučení bylo dostatečné a porozuměl(a) jsem jeho obsahu. Prohlašuji, že během poučení jsem měl(a) možnost klást doplňující otázky, na které mi bylo řádně odpovězeno. Plně rozumím textu, který podepisuji a činím tak ze své svobodné vůle, při plném vědomí a souhlasím s navrhovanou zdravotní péčí, výkonem a eventuální modifikací a případným nutným rozšířením zákroku. V případě odmítnutí jsem byl(a) seznámen(a) se všemi riziky svého rozhodnutí a jsem si plně vědom(a) jejich důsledků. Toto prohlášení potvrzuji svým vlastnoručním podpisem. V případě zákonného zástupce vlastnoručním podpisem zákonného zástupce.

Jméno a příjmení pacienta	
Rodné číslo pacienta	
Podpis pacienta (zákonného zástupce)	
V Náchodě dne	

Podpis a jmenovka lékaře:	Razítko oddělení

PROHLÁŠENÍ SVĚDKA

Varianta pro případ, kdy se pacient nemůže podepsat.

Prohlašuji, že pacient přede mnou projevil, že sdělené poučení souhlasí s výše uvedenými skutečnostmi a v uvedeném rozsahu.

Svědék: (Jméno, příjmení. Není-li svědek pracovníkem zdravotnického zařízení, adresa a datum naroz.)	
Pacient se nemůže podepsat z důvodu, že:	
Pacient projevils svůj souhlas tak, že:	
Podpis svědka:	